Università di Genova

Scuola di scienze sociali

DISFOR Dipartimento di Scienze della Formazione

DOTTORATO DI RICERCA IN SCIENZE SOCIALI

CURRICULUM MIGRAZIONI E PROCESSI INTERCULTURALI

XXXII CICLO

Migrazioni e fertilità: il ricorso alla PMA fra le donne migranti latinoamericane nella città di Genova

Tutor: Prof.ssa Francesca Lagomarsino
Co-tutor: Prof.ssa Rosa Parisi

Dottoranda: Luana Castellani

ANNO ACCADEMICO
2018/2019

INDICE

Introduzione 5

Capitolo I

Sguardi transdisciplinari sulla riproduzione: antropologia delle donne, prospettive di genere e femministe 9

1.1 Etnografie femministe: dagli studi sulle donne alla teoria della soggettività 9
1.1.1 La critica femminista al femminismo egemone: il femminismo nero e postcoloniale 12
1.1.2 Soggettività e desiderio fra assoggettamento e individuazione 15
1.2 Antropologia femminista e riproduzione: biotecnologie, genere e potere 17
1.3 L'approccio culturale e politico-economico alla fertilità: i comportamenti riproduttivi come pratiche sociali situate 21
1.3.1 Demografia, riproduzione e migrazioni 26
1.3.2 La riproduzione come configurazione frattale: ricerche etnografiche sulla bassa natalità 30

Capitolo II

Le migrazioni femminili latinoamericane **37**

2.1 Introduzione 37
2.2 L' immigrazione straniera in Italia 38
2.2.1 L'immigrazione latinoamericana in Italia 40
2.2.2 Il contesto genovese 45
2.3 Le migrazioni ecuadoriane: il contesto di partenza 47
2.3.1 Le migrazioni contemporanee e la nuova migrazione verso l'Europa del Sud 49
2.4 Percorsi di mobilità femminile e ruoli di genere 53
2.5 Le famiglie transnazionali 57
2.6 La maternità transnazionale: essere madre a distanza tra famiglia allargata e famiglia nucleare 60
2.7 La costruzione sociale della sessualità delle donne migranti latinoamericane 64
2.7.1 Il ruolo di immaginari e discorsi nei processi di etnicizzazione della sessualità migrante 66

Capitolo III

La metodologia della ricerca **70**

3.1 Il percorso e i luoghi della ricerca 70
3.2 L'esperienza etnografica 75
3.3 L'accesso al campo 77
3.4 Il lavoro sul campo tra classi sociali e disuguaglianze 79

Capitolo IV

Le tecnologie riproduttive in Italia: il quadro normativo, le politiche sulla fertilità e l'accesso ai servizi di salute riproduttiva 82

4.1 Introduzione 82
4.2 Il quadro normativo della PMA in Italia 84
4.2.1 I primi tentativi di regolamentare la fecondazione assistita 85
4.2.2 Dalla Legge 40/2004 ad oggi 87
4.2.3 Le Linee Guida in materia di procreazione medicalmente assistita 92
4.2.4 Le disparità regionali nelle modalità di erogazione dei servizi di diagnosi e terapia dell'infertilità 97
4.3 Le politiche sulla fertilità 101
4.3.1 Storie di riproduzione della Nazione 105
4.4 L'accesso ai Servizi Sanitari regionali e il ricorso alla procreazione assistita fra le donne migranti latinoamericane a Genova 106
4.4.1 Il contesto sanitario genovese: migranti latinoamericane e salute riproduttiva 108
4.4.2 Il reparto di Medicina della Riproduzione dell'Ospedale Santa Rita 114
4.4.3 Il Reparto di Fisiopatologia della Riproduzione dell'Ospedale Sant'Anna 116
4.5 La procreazione assistita: un dispositivo per la riproduzione della cittadinanza 121

Capitolo V

Il dispositivo della PMA: il punto di vista degli operatori 123

5.1 Le fasi della fecondazione assistita: "un tessuto fitto e rituale" 123
5.1.1 Il primo Colloquio 127
5.1.2 L'iter diagnostico 131
5.1.3 Il consenso informato e le riunioni collettive 133
5.1.4 Il Giorno del Basale 136
5.1.5 La stimolazione ormonale e il monitoraggio ecografico 138
5.1.5.1 La pregnanza simbolica dell'ecografia 139
5.1.6 La produzione del corpo femminile dalla metafora della produzione alla metafora dell'accoglienza 141

5.2 La patologizzazione dell'infertilità 142
5.2.1 L'incremento delle tecniche di procreazione assistita 146
5.2.1.1 La crescente specializzazione della biomedicina 147
5.2.2 Sessualità senza riproduzione e riproduzione senza sessualità 149
5.2.2.1 Scambi affettivi e affari economici 152
5.2.3 Una spasmodica ricerca della gravidanza 155
5.2.4 La diagnosi di infertilità maschile 158

5.2.4.1 L'ideologia della potenza maschile 161

5.3 Gli operatori sanitari e l'approccio alle donne migranti latinoamericane 166
5.3.1 Il ruolo dei fattori strutturali nel ricorso alla PMA 174
5.3.2 L'accesso ai servizi nell'ambito della salute riproduttiva: contraccezione e IVG 179
5.3.3 Le trasformazioni nei comportamenti riproduttivi: il calo delle nascite 183
5.3.4 Forme di maternità e famiglia migrante: gravidanze precoci, maternità tardiva e ricomposizioni familiari 185
5.3.5 Forme di religiosità e donne migranti 188
5.4 Le procedure biomediche tra normatività ed efficacia simbolica 190

Capitolo VI

Percezioni e pratiche dell'infertilità fra le donne migranti latinoamericane 200

6.1 Esperienze di fecondazione assistita tra normatività, tabù e desiderio 201
6.1.1 Il ricorso alle tecniche di PMA di tipo eterologo 203
6.1.2 Soggettività, corpi riproduttivi e mobilità 206
6.1.2.1 Il dialogo sulla salute riproduttiva fra le generazioni e all'interno del gruppo di pari 210
6.1.3 Esperienze procreative: fratture e ricomposizioni 213
6.1.4 Le traiettorie procreative e il mito dell'amore materno 224
6.1.4.1 La ridefinizione dell'istinto materno 229
6.1.5 Esperienze di PMA tra immaginari e forme di famiglia 233
6.2 Fare famiglia fra PMA e adozione 235
6.2.1 Il desiderio di maternità: la ricerca del figlio "naturale" 236
6.2.1.1 Il valore attribuito al figlio e alla famiglia 239
6.2.2 Oltre il legame di sangue: una molteplicità di ricorsi 243
6.2.2.1 Mobilità e forme di famiglia 245
6.2.2.2 Le pratiche di adozione fra le famiglie latinoamericane: ostacoli pratici e logiche stigmatizzanti 250
6.3 Esperienze di infertilità e scelte procreative: campi di sapere, forme di soggettività e tipi di normatività 256

Capitolo VII

La pratica religiosa come risorsa nelle scelte riproduttive 258

7.1 L'intreccio fra religione e tecnologie di riproduzione assistita 258
7.2 L'esperienza teologizzante della migrazione 265

Conclusioni 272

Bibliografia 275

Introduzione

Il presente lavoro si concentra sulle traiettorie riproduttive delle donne di origine ecuadoriana e peruviana residenti nella città di Genova, con particolare attenzione alle esperienze vissute di infertilità e di procreazione medicalmente assistita. Nell'ambito della letteratura antropologica sulle tecnologie riproduttive in Italia, la questione del ricorso alla medicina riproduttiva da parte della popolazione migrante rappresenta una tematica poco esplorata.

Nel rapporto fra salute riproduttiva e donne migranti latinoamericane, a fronte di un'attenzione costante da parte delle Istituzioni e toni allarmistici verso specifici comportamenti sessuali e riproduttivi (sessualità e gravidanze precoci, IVG[1], ITG[2]), ho scelto di concentrarmi sulle esperienze di infertilità e il ricorso alla PMA[3] in quanto fenomeni tralasciati, ignorati, mistificati. Nel discorso medico e nel senso comune, la questione dell'infertilità non sembra interessare le donne di origine latinoamericana, le esperienze di infertilità risultano invisibili, non se ne parla, si tende a dare per scontato che sia un fenomeno irrilevante a causa della *loro* naturale fertilità e per la *loro* cultura.

L'indagine si occupa di approfondire alcuni fenomeni che interessano il contesto demografico italiano: il calo della fertilità, l'aumento dell'età media delle madri, il crescente ricorso alle tecnologie riproduttive e il flusso di migranti provenienti dai Paesi non occidentali. Infatti, da alcuni decenni, si registrano bassi livelli di fecondità, e attualmente, si assiste alla diffusione di stereotipi e allarmismi in relazione alle scelte procreative delle persone migranti. A partire dagli anni Settanta, si registra un declino nel numero medio di figli per donna: da 2,4 nel 1970 a 1,6 nel 1980. Per descrivere il caso italiano, molti demografi iniziano a parlare di «lowest low fertility rates» (Billari & Kohler 2004) ad indicare il record minimo di nascite che si attesta nel corso degli anni Novanta segnando una diminuzione da 1,3 nel 1990 a 1,2 nel 2000 (Dalla Zuanna, De Rose e Racioppi 2005). Nel 2013, il tasso di fecondità in Italia è in aumento (1,39) e si diffonde l'idea di sostanzialmente alla fecondità immigrata (ISTAT 2014). Secondo i dati raccolti dall'ISTAT relativi al 2018, la popolazione italiana presenta un numero medio di figli per donna rimasto invariato rispetto all'anno precedente pari a 1.32

[1] Interruzione Volontaria della Gravidanza.
[2] Interruzione Terapeutica della Gravidanza.
[3] Procreazione Medicalmente Assistita.

mentre continua ad aumentare l'età media al parto (32 anni) e il tasso di fecondità fra le generazioni diminuisce. A fronte di una potente retorica sull'invasione, in Italia dal 2015, si registra una tendenza alla diminuzione del tasso di natalità anche fra la popolazione straniera[4]. Nelle scienze demografiche, la fertilità della popolazione migrante è stata osservata a partire dai comportamenti riproduttivi degli autoctoni. Al contrario, questo testo si propone di analizzare i modi in cui le migranti stesse immaginano "le proprie traiettorie riproduttive dai margini in cui le politiche e i confini minacciano la loro sicurezza" (Bledsoe, 2004: 132). Adottare nella ricerca il punto di vista dei migranti sulla riproduzione significa focalizzare l'attenzione sul valore assunto dal figlio e sul significato attribuito al ruolo sociale di madre.

La ricerca si concentra su tre aspetti principali: la ridefinizione di norme incorporate sul genere e sulla parentela; il ruolo esercitato da leggi, pratiche istituzionali e forme di categorizzazione nelle traiettorie riproduttive; attese, esortazioni e sospetti proiettati sui migranti nel contesto di origine e di arrivo. Nel dibattito pubblico sulle scelte riproduttive, le pratiche e le conoscenze medico-sanitarie concorrono alla produzione di un discorso politico e socio-culturale che esercita una funzione di controllo e opera tramite costrizioni e violenze imponendo una disciplina al potere riproduttivo delle donne migranti. L'obiettivo è quello di comprendere i modi in cui la politica riproduttiva globale si articola nel contesto locale (Ginsburg, Rapp, 1995) al fine di rimuovere il velo di ciò che è dato per scontato.

All'interno del binomio migrazioni e riproduzione, alcuni fenomeni sono diventati oggetto di dibattito pubblico: la posticipazione della maternità, la diminuzione delle nascite e l'aumento dell'infertilità. Alcuni fattori di tipo socioeconomico risultano centrali per spiegare tali fenomeni: le norme della procreazione moderna, l'inadeguatezza del welfare e delle politiche di conciliazione fra lavoro e maternità, le condizioni asimmetriche di genere, la disoccupazione e la precarietà lavorativa, i modelli di genitorialità intensiva. Un ulteriore aspetto riguarda il concetto di riproduzione "naturale" diffuso nei discorsi e nelle politiche attuali sulla fertilità e la famiglia, come ideologia dominante sostenuta della demografia, della biomedicina e della biopolitica. A fronte di processi di naturalizzazione della maternità, le esperienze di PMA delle donne migranti sono utili ad evidenziare le disparità e le stratificazioni presenti in ambito riproduttivo (Roberts, 2013, 2016b; Inhorn, Patrizio, 2015; Thompson, 2016, 2015).

[4] CEDAP: nel 2015, la percentuale di parti per le donne latinoamericane in Liguria è del 6.32% e del 1.56% in Italia, in diminuzione rispetto al 2014, anno in cui si registrano rispettivamente il 6.54% e 1.60%. Nei periodi 2000-2005 e 2010-2015, confrontando i tassi di fecondità per nazionalità dei migranti residenti in Italia, emerge che i livelli più bassi di fertilità in Italia si registrano fra le donne provenienti dall'America Latina e dall'Europa dell'Est.

Il materiale presentato è il risultato del lavoro sul campo svolto da ottobre 2017 a giugno 2019. In parallelo all'osservazione partecipante, ho condotto una serie di interviste in profondità, indirizzate a donne migranti di origine peruviana e ecuadoriana con esperienze di maternità e infertilità; operatori sanitari, religiosi e sociali. Mediante un approccio etnografico ho tentato di comprendere il significato attribuito al diventare madre e all'avere un figlio fra le donne migranti di origine latinoamericana residenti nella città di Genova. Sono state realizzate 30 interviste in profondità a donne ecuadoriane e peruviane di cui 22 hanno deciso di sottoporsi alle tecniche di PMA di I e II livello e 12 interviste ad operatori sanitari e responsabili religiosi.
L'osservazione partecipante si è concentra in diversi centri medici pubblici e privati, in cui si offrono servizi per la prevenzione e cura dell'infertilità. In particolare, il terreno di ricerca è costituito dal reparto di Fisiopatologia della Riproduzione dell'Ospedale Sant'Anna di Genova.
Il materiale etnografico è stato raccolto presso alcuni luoghi di culto frequentati da numerosi latinoamericani: due chiese cattoliche, una gestita da frati cappuccini e l'altra dai salesiani; due centri evangelici, uno metodista-valdese e l'altro evangelico-carismatico. L'osservazione partecipante è stata condotta principalmente presso la Curia Pastorale Latinoamericana di Santo Stefano di Genova.

La tesi si divide in due parti: nella prima parte presento il quadro teorico di riferimento, nella seconda parte della ricerca descrivo il punto di vista degli operatori sanitari e le esperienze di infertilità e di fecondazione assistita vissute dalle donne migranti di origine latinoamericana. Nel primo capitolo affronto le tappe principali dell'evoluzione degli studi femministi e il loro contributo all'antropologia della riproduzione, nel tentativo di porre al centro dell'analisi la nozione di genere come lente attraverso la quale interpretare i comportamenti riproduttivi. Il secondo capitolo è dedicato alle migrazioni femminili. In particolare, descrivo la letteratura relativa agli studi recenti sull'esperienza di maternità delle donne di origine latinoamericana, soffermandomi sull'approccio transnazionale e la prospettiva dell'intersezionalità.

Nella seconda parte della tesi, mi concentro sulle esperienze vissute dalle pazienti di origine ecuadoriana e peruviana che si avvalgono delle tecnologie riproduttive, per evidenziare il modo in cui lo status socio-economico (classe sociale, professione, formazione), l'orientamento religioso, i percorsi di migrazione e le forme di famiglia si intersecano, strutturando le esperienze delle donne. A partire dall'intreccio fra le diverse norme culturali e gli orizzonti morali che orientano i comportamenti riproduttivi, l'obiettivo è quello di far emergere le tattiche agite dai soggetti con l'intento di adeguarsi o resistere alle rappresentazioni dominati sulla riproduzione e sull'identità femminile migrante create nel contesto transnazionale. Per mettere in luce l'asimmetria del rapporto medico paziente, analizzo le percezioni e le rappresentazioni sviluppate dagli operatori sanitari che

si occupano di salute riproduttiva presso ospedali pubblici, consultori e centri di infertilità, nel confronto con l'utenza di origine latinoamericana. Le interpretazioni e le rappresentazioni sulla malattia, sul mondo e sul senso di sé, di cui medici e pazienti sono portatori, incidono in modo rilevante sull'esperienza di PMA e sull'esito del processo terapeutico.

L'obiettivo quindi consiste nel proporre di considerare i comportamenti riproduttivi a partire dall'intreccio fra rappresentazioni culturali, rapporti di potere e traiettorie esistenziali delle donne migranti. A partire da prospettive teoriche transdisciplinari e attraverso l'indagine etnografica, il presente lavoro si propone di evidenziare la complessità e l'eterogeneità delle pratiche riproduttive messe in atto dalle donne migranti che vivono esperienze di infertilità e di fecondazione assistita. Osservare le percezioni e le pratiche procreative dal punto di vista delle donne rappresenta un modo per "riflettere sui significati complessi della riproduzione nella società italiana contemporanea nella quale il tasso di fecondità è molto basso" (Ranisio, 2012:17).

CAPITOLO I

Sguardi transdisciplinari sulla riproduzione: antropologia delle donne, prospettive di genere e femministe

Nel discorso attuale sulle migrazioni, le donne migranti sono percepite come soggetti posti fuori dalla storia, un gruppo omogeneo, collocate in posizione subalterna, le cui traiettorie migratorie corrispondono a percorsi di emancipazione e di progresso che garantiscono il passaggio dalla tradizione alla modernità (Pinelli, 2019; Gribaldo, 2018; Decimo, 2018). Fra etnografia, prospettive di genere e femministe, studi sulle migrazioni, in questa prima parte della tesi mi occupo di definire il quadro teorico transdisciplinare di riferimento soffermandomi sulle principali tappe che hanno condotto alla formulazione del paradigma dell'intersezionalità e del transnazionalismo. L'obiettivo è mettere al centro della discussione sui comportamenti procreativi delle donne migranti di origine latinoamericana "le congiunzioni storiche fra diversi assi di oppressione, in particolare genere, razzismo e classismo, mostrando quanto la loro potenza stia nel rafforzarsi reciprocamente" (Pinelli, 2019: 8) sottolineando, allo stesso tempo, il punto di vista delle donne e le tattiche agite nel superamento della linea del colore, del genere e della classe.

1.1Etnografie femministe: dagli studi sulle donne alla teoria della soggettività

Come suggerisce Barbara Pinelli (2019), per comprendere meglio le pratiche e le percezioni nell'ambito della riproduzione occorre affrontare questioni legate ai rapporti di potere e di dominio, oppressioni, lotte e resistenze partendo dalle donne, dal genere e della mobilità umana. Nel dibattito pubblico, infatti, le donne migranti sono rappresentate come soggetti sottomessi, oppressi e fuori dalla storia. In questa prospettiva, i percorsi migratori sono visti come il segno del passaggio dalla tradizione alla modernità, come traiettorie che conferiscono automaticamente alle donne emancipazione, libertà e progresso culturale. Occorre quindi presentare "i passaggi storici delle teorie

di genere e femministe" (Pinelli, 2019:7), nel tentativo di evidenziare alcuni aspetti centrali per lo sviluppo di un'etnografica sulle esperienze riproduttive delle donne migranti.

Alla fine degli anni Ottanta, alcune antropologhe femministe svilupparono delle etnografiche in grado di mettere in discussione "i presupposti di naturalità rispetto alle posizioni sociali delle donne e degli uomini" (Pinelli, 2019: 25). Si tratta, in particolare, degli studi comparativi di Kamala Visweswaran (1994, 1997) e di Lila Abu-Lughod (1990) che propongono di confrontare i sistemi politici, sociali e i modelli di cultura concentrandosi sullo sviluppo storico e sulle forme adottate dalla nozione di genere. Sebbene il termine "etnografia femminista sia emerso solo recentemente", secondo Visweswaran (1997: 591), è possibile distinguere quattro fasi storiche. La prima fase (1880-1920) coincide con l'assenza di una distinzione fra sesso biologico e ruolo sociale: oggetto d'indagine è la differenza sessuale fra uomini e donne come espressione di una condizione anatomica da cui dipende la posizione sociale. In un secondo periodo, compreso fra 1920-1960, alcune antropologhe britanniche e nordamericane criticano l'impostazione evoluzionista della disciplina mettendo in discussione l'idea secondo cui "le donne occidentali occupavano, fra le culture del mondo, il posto più alto in termini di onore" (Visweswaran, 1997: 598). Diversamente dallo sguardo discriminante diffuso nel mondo occidentale, le ricerche condotte da Parson e Cox Stevenson fra le donne native americane riconoscono la stima e il rispetto di cui godono le donne all'interno della società.
In questa seconda fase, si inscrivono le ricerche condotte da due note antropologhe americane: Margareth Mead (1930, 1935) e Ruth Benedict (1934). Infatti, entrambe proposero di analizzare tramite studi etnografici comparativi la procreazione come fenomeno socio-culturale. Al fine di mostrare il carattere culturalmente costruito dei ruoli basati sul sesso maschile o femminile, Mead (1935) descrive i modi in cui tre società della Nuova Guinea attribuiscono differenti compiti sociali al maschile e femminile attraverso la trasmissione di valori specifici tra generazioni. L'antropologa sottolinea da un lato, la presenza di modelli di maschile e femminile diversi dal modello dominante nel contesto nordamericano, dall'altro scardina l'idea che il ruolo sociale sia determinato biologicamente. Mead (1930) mostra il peso esercitato dai processi culturali e sociali che danno forma all'identità sessuale.

Tra gli anni Sessanta e Ottanta, secondo l'ipotesi di Visweswaran (1997), nell'ambito dell'etnografia femminista si assiste allo sviluppo di una terza fase che coincide con la pubblicazione di due raccolte da parte di Michelle Rosaldo e Louise Lamphere (1974) e Rayna Rapp (1975). I due testi facevano riferimento ad un "progetto politico femminista" e proponevano una "revisione teorica e descrittiva dell'epistemologia dominante nella disciplina antropologica" (Busoni, 2000: 103-114). Rapp, infatti, sottolinea che "questo libro ha le sue radici nel movimento delle donne" e le tematiche affrontate

hanno l'obiettivo di sostenere "le femministe nella lotta contro il sessismo nelle loro stesse società" (1975: 11). Il movimento femminista euroamericano nato negli anni Sessanta mira a svelare i meccanismi e gli effetti del sistema patriarcale inteso come "la costruzione storica dei rapporti di dominio del maschile sul femminile e i modi in cui esso ha pervaso le strutture sociali, economiche, simboliche e politiche" (Pinelli, 2019: 40). Tramite processi storici, sociali e culturali, il dominio maschile si inscrive nelle relazioni, nei soggetti e nei corpi assumendo la forma di *doxa* che assicura legittimità alla condizione di subordinazione delle donne (Bourdieu, 1998). Diverse antropologhe, nel corso degli anni Settanta, portarono avanti le questioni poste dal movimento femminista concentrandosi, in particolare, su due aspetti: l'assenza delle donne come campo di indagine e l'invisibilità delle donne come ricercatrici. Il pregiudizio androcentrico presente in antropologia diventa quindi un campo di studio privilegiato poiché permette di svelare "le gerarchie della differenza e le condizioni di subalternità" (Pinelli, 2019: 42). L'antropologia delle donne sorta negli anni Settanta reintroduce "il punto di vista delle donne nelle descrizioni e nella teoria" (Busoni, 2000:115) evidenziando il legame profondo fra la posizione femminile subalterna e la prospettiva androcentrica del sapere.

Il contributo di Gayle Rubin (1975), contenuto nel testo curato da Rapp (1975), introduce l'espressione "sistema sesso/genere" inteso come "la costruzione sociale e culturale dell'essere donna o uomo, e come l'insieme dei significati sociali attribuiti alla differenze sessuali" (Pinelli, 2019: 28). Le dinamiche di potere assumono una posizione centrale nella ricerca antropologica: la discussione sul genere evidenzia "la gerarchia sociale inscritta nelle differenze anatomiche" (*ibidem*). Da più parti (Cfr. Busoni 2000; Pinelli, 2011, 2019) è stato sottolineato il valore del testo di Rubin come tentativo di evidenziare il rapporto costitutivo fra la dimensione sociale e la sessualità. La definizione del sistema sesso/genere esprime "la tendenza dei dispositivi tramite i quali una società trasforma l'istinto sessuale biologico in prodotto dell'attività umana" (Rubin, 1975: 24-25). La divisone fra i sessi e la gerarchia sociale rappresentano gli effetti di processi sociali che "naturalizzano" le differenze di genere, ancorando la posizione sociale subalterna delle donne ad un'innata predisposizione inscritta nei corpi femminili.

A partire dagli anni Settanta, i collettivi femministi formati da donne francesi (Rivista *Questions Féministes*[5]*)*, americane (Collettivo di Boston) e italiane (DEMAU, Libreria delle donne di Milano) evidenziano la natura politica del condizionamento esercitato dalle rappresentazioni sul sesso e sulla razza nel determinare l'oppressione delle donne. Per un'analisi della gerarchia fra i sessi, i progetti

[5] Rivista fondata nel 1977, diretta da Simone De Beauvoir, di cui fecero parte alcune studiose: Nicole-Claude Mathieu, Monique Wittig, Colette Guillaumin, Christine Delphy e Paola Tabet.

femministi propongono di considerare il ruolo esercitato dall'ideologia mettendo in discussione le "evidenze" sociali: il sesso e la razza. Le condizioni stesse della conoscenza vengono approfondite nel tentativo di indagare l'origine delle disuguaglianze e delle discriminazioni (Busoni, 2000). Secondo questi studi, la teoria della differenza "naturale" fra i sessi si basa su una concezione biologica del corpo femminile diffusa nelle scienze sociali che individua un rapporto di omologia fra sesso e genere tramite la nozione di dimorfismo sessuale. L'impatto del modello del dimorfismo sessuale è uno fra gli aspetti principali d'indagine: l'idea diffusa di una naturale differenza fra i sessi/generi è l'effetto della divisione fra maschile/femminile, in quanto categorie originate dal dato biologico. All'interno di una concezione naturalistica del sesso, la riproduzione diventa elemento fondante della differenza fra i sessi. In questa visione dicotomica dei sessi, l'anatomia diventa destino: l'aspetto biologico diventa l'essenza delle donne. Secondo le femministe francesi (Tabet, 2004; Mathieu, 1991; Guillaumin, 1992) il processo di naturalizzazione che regola i rapporti sociali fra i sessi rappresenta una forma di determinismo endogeno: "le caratteristiche fisiche di coloro che sono appropriati fisicamente sono presentate come le cause della dominazione che subiscono" (Guillaumin, 1992: 238). Gli women's studies e l'antropologia di genere si concentrano sulle donne per "reintegrare e rimettere in prospettiva corretta il discorso scientifico" (Busoni, 2000: 103). A questo proposito, Colette Giullaumin afferma: "considerare la donne come oggetto si può vedere in un certo senso come una novità delle scienze umane nel corso di questi ultimi decenni […] Lo è perché ha introdotto nel pensiero elaborato, nella coscienza, quello che fino allora non era esistito perché coperto da un velo, da una maschera, quella dell'evidenza naturale, del reale spontaneo: quello che letteralmente non si pensa, perché prepensato, considerato come preliminare a ogni società e a ogni forma di coscienza. Così diventare un oggetto nella teoria era la conseguenza necessaria del diventare soggetto nella storia" (Guillaumin, 1992: 236).

1.1.1 La critica femminista al femminismo egemone: il femminismo nero e postcoloniale

Tra gli anni Sessanta e Ottanta del Novecento, nella genealogia del pensiero femminista si notano due ondate che si concentrano sulla divisione fra sesso come aspetto biologico e genere come interpretazione del sesso anatomico. L'antropologia delle donne e di genere riflette la centralità della biologia vista come destino: dal corpo femminile deriva necessariamente la "categoria donna" (Pinelli, 2019: 23). L'analisi di Visweswaran spiega come la costruzione del soggetto donna a partire dal concetto di genere abbia comportato la riduzione delle donne ad una categoria sociale universale, omogenea e destoricizzata. Nell'ambito dell'etnografia femminista fino agli anni Ottanta, il genere assume, infatti, la funzione di "principio identificante" (Visweswaran, 1997: 592) che, da un lato,

permette di rivendicare l'universalità del dominio patriarcale, dall'altro occulta le specificità presenti all'interno del gruppo sociale delle donne e dunque le condizioni di privilegio.
A partire dalla fine degli anni Ottanta, si afferma una terza fase che si contraddistingue per la centralità assunta dalla prospettiva dell'intersezionalità. Nel passaggio a questo nuovo periodo "svincolando la costruzione del genere dalla sessuazione del corpo" (Pinelli, 2019:23) si assiste al "collasso della categoria donna" (Snyder, 2008:75). Infatti, nel movimento femminista e nella ricerca accademica, emerge il limite analitico di una prospettiva che "essenzializzava le donne" (Pinelli, 2019: 29). L'approccio dominante basato sull'essenzialismo di genere permetteva di collocare le donne all'interno di un'unica categoria occultando così le differenti condizioni di privilegio e di oppressione.

Nel corso degli anni Settanta gruppi di donne nere, lesbiche, provenienti dai cosiddetti paesi del Terzo Mondo o gruppi minoritari hanno "criticato il femminismo dominante per il suo carattere più o meno esplicitamente razzista, etnocentrico, eterosessuale e fortemente condizionato dai valori di classe media e per come questi tratti ne influenzassero le analisi e le agende politiche, non considerando altre esperienze di vita delle donne" (Ribeiro Corossacz, 2013: 114). Infatti, le donne che partecipavano al movimento femminista nordamericano erano in prevalenza bianche, di classe economica medio alta, con un livello di istruzione medio-alto. All'interno del movimento emergono posizioni critiche rispetto a due assunti fondamentali: le donne appartengono a gruppo sociale omogeneo; il dominio patriarcale visto come struttura universale di oppressione. Il soggetto donna del femminismo era costruito come categoria pienamente identificante che non rendeva conto in modo adeguato delle specificità storiche e, allo stesso tempo, l'analisi sul patriarcato rendeva invisibile la pluralità delle forme di oppressione razziale e di classe sociale. A questo proposito, lo studio di Visweswaran (1997: 592) afferma che alla fine degli anni Ottanta si sviluppa una nuova fase nell'etnografia femminista che coincide con l'affermarsi del genere come "principio disidentificante": i soggetti sono definiti dall'intreccio fra molteplici differenze e strutture di potere. Per questo motivo, è necessario adottare un approccio che preveda "strategie testuali di disidentificazione" considerando che "l'identificazione di genere oscura la differenza e il lavoro del potere" (*ibidem*, 595).

Il pensiero femminista nero ha introdotto una revisione dei concetti di soggetto e margine portando allo sviluppo della prospettiva dell'intersezionalità (Crenshaw, 1991) e della teoria del margine come luogo di oppressione e di lotta (bell hooks, 1998). Alla subordinazione sessuale vengono associate la variabile della "razza" e dell'orientamento sessuale: l'oppressione è il risultato dell'interazione simultanea si molteplici forme di dominio. Riprendendo la teoria della simultaneità delle oppressioni di Barbara Smith (1983), Teresa de Lauretis denuncia come "gli assi della differenza e i modi di

oppressione che ne derivano non sono allineati o paralleli ma sovrapposti e imbricati gli uni negli altri: i sistemi di oppressione sono interconnessi e si determinano reciprocamente" (1990: 41).

La teoria dell'intersezionalità, elaborata da Kimberlè Crenshaw (1989, 1991), sostiene che l'esclusione delle donne nere dalla teoria femminista e dal discorso politico coincide con la mancanza di una riflessione sull'interazione fra razza e genere. Come rileva Valeria Ribeiro Corossacz, l'intersezionalità si riferisce alla connessione fra diverse forme di potere e alla definizione del soggetto donna inteso come "qualcosa che si modifica, come una rete aperta di relazioni e non necessariamente come un'essenza" (Ribeiro Corossacz, 2013: 116). L'obiettivo del femminismo nero consiste in un processo di politicizzazione delle esperienze delle donne sottolineando che "questa elisione della differenza è problematica, fondamentalmente perché la violenza che molte donne sperimentano è spesso modellata da altre dimensioni della loro identità, come la razza e la classe" (Crenshaw, 1991: 1242). Allo stesso tempo, il posizionamento di confine assume il valore di una risorsa epistemologica. Per bell hooks (1998) la dimensione del margine possiede un potenziale euristico: da un lato diventa uno spazio in cui il genere assume valore, dall'altro permette di interpretare l'esistente da punti di vista eccentrici e non paradigmatici (Cfr. Bonfanti, 2013). bell hooks individua nello sguardo sul margine o dal margine un modo per evidenziare i processi di costruzione della soggettività. Allo stesso tempo, Donna Haraway (1995:48) sottolinea la presenza di una "coscienza antagonista" intesa come l'abilità nel leggere le reti da parte di chi è escluso o posto ai margini delle categorie dominanti di razza, sesso, classe.

Chandra Mohanty (1983, 2002) propone una critica al femminismo egemone mettendo in luce le implicazioni politiche delle strategie analitiche usate nei testi e nei discorsi. Dall'analisi critica dei testi prodotti da femministe bianche emerge lo sguardo etnocentrico adottato verso le donne non occidentali che concorre alla costruzione della categoria di "donna del Terzo Mondo". L'impronta colonialista produce e rafforza la percezione che le Altre donne rappresentino un gruppo omogeneo e privo di potere: la posizione di vittima dei sistemi sociali occulta la "complessità dei posizionamenti e delle esperienze femminili" (Pinelli, 2011: 27). Inoltre, tramite l'esplicitazione dell'oppressione delle donne, il femminismo bianco aveva configurato il margine esclusivamente come luogo di privazione e costrizione. In particolare, il femminismo egemone ha agito comprimendo le forme di esclusione femminile nel patriarcato occultando le molteplici forme di discriminazione connesse. Le soggettività femminili sono state trasformate in identità coese, prive di potere, senza sfumature interne. In questo modo, la realtà materiale e storicamente specifica dei gruppi e delle singole donne viene annullata. Pinelli (2011) definisce la tendenza colonialista presente nell'antropologia

femminista uno strumento utile ad "appropriarsi della pluralità dei posizionamenti delle donne e porle fuori dalla storia" non riconoscendo loro la posizione di soggetti subalterni (*ibidem*:29).

Barbara Pinelli (2011, 2019) propone di applicare le teorie antropologiche e femministe per comprendere l'esperienza delle donne migranti. Soggettività, potere e margine, infatti, costituiscono gli assi principali usati dal femminismo nero e postcoloniale per indagare l'esperienza delle donne. L'introduzione nella ricerca sociale della prospettiva del migrante comporta l'adozione di punto di vista privilegiato: il margine diventa una posizione politica, non solo luogo di "privazione e disperazione" (bell hooks, 1998: 68). La ricerca etnografica è utile ad evidenziare le strategie e le fantasie messe in atto dalle donne migranti con l'obiettivo di incrinare le posizioni di vulnerabilità, individuando i significati che assumono i discorsi politici e il senso comune per far emergere aspetti alternativi o dissonanti rispetto a quelli dominanti. Nel progetto di revisione delle categorie del potere e della soggettività, le femministe propongono di considerare la combinazione fra gli assi di discriminazione che incidono sulla vita delle donne migranti. Nei discorsi politici, nel senso comune e nella letteratura, si enfatizza la variabile cultura di appartenenza occultando così la posizione marginale definita dall'esclusione sociale. Per questo, nel concetto di identità migrante occorre evidenziare la presenza di sfumature e confini interni (genere, razza, classe sociale, formazione, orientamento religioso, professione, precarietà economica e abitativa), nel tentativo di superare l'idea di potere contenuta all'interno di una "prospettiva omogenea di oppressione" in favore di un'analisi finalizzata ad evidenziare il ruolo di fattori strutturali e strategie discorsive nella vita delle donne.

1.1.2 Soggettività e desiderio fra assoggettamento e individuazione

La linea di ricerca proposta da Teresa De Lauretis si concentra sulle dinamiche di potere, la condizione di marginalità e i processi di costruzione della soggettività proponendone una revisione delle prospettive dominanti. Il concetto di soggettività indica la costruzione del soggetto attraverso l'intersezione fra variabili di differenza. Secondo l'autrice occorre focalizzarsi sul soggetto inteso come capace "contemporaneamente di rispondere e resistere ai discorsi che lo interpellano e al medesimo tempo, soggiace e sfugge alle proprie determinazioni sociali" (De Lauretis, 1999:8). Le dinamiche di esclusione sociale producono persone marginalizzate che si configurano come "soggetti eccentrici" (de Lauretis, 1990), in grado di eccedere le trame del dominio e delle egemonie da cui sono costruiti.

Henrietta Moore (2012) propone di considerare le persone come soggetti costituiti da e attraverso le differenze: i discorsi sul genere cambiano in relazione agli altri assi di differenza e ai percorsi

biografici. In questa prospettiva, assumono centralità la dimensione processuale e simultanea superando l'idea che la soggettività di genere sia connotata dalla fissità e dalla singolarità. Nel dibattito sull'agency, Moore (2012) propone di considerare il ruolo svolto dalla fantasia e dal desiderio come aspetti fondamentali che intervengono nel processo di costruzione del senso di sé. Per comprendere le strategie di vita e di azione occorre rivolgersi alla dimensione emotiva e del desiderio come aspetti che concorrono alla formazione dei soggetti.

Judit Butler individua nel desiderio e nella fantasia gli elementi che consentono il processo di costruzione continuo delle soggettività, in modo non lineare né privo di conflitti. Secondo Butler (2005: 8) la costruzione delle soggettività indica "il processo del divenire subordinati al potere tanto quanto il processo di divenire soggetto". Butler ipotizza che il potere costituisca la traiettoria del desiderio, formando il soggetto e definendo le condizioni stesse della sua esistenza. In questa prospettiva, "il potere è ciò a cui ci opponiamo e ciò da cui dipendiamo" (Pinelli, 2019: 81). I processi di assoggettamento e soggettivazione rappresentano contemporaneamente il processo del divenire del soggetto e del divenire subordinato al potere: le relazioni di potere corrispondono a rapporti di dipendenza e di necessità. La teoria della genealogia del soggetto presente nell'analisi di Foucault (1976) viene ripresa da Butler proponendo di considerare il diverso significato che assume il termine soggetto: da un lato s'intende l'essere soggetti a qualcuno tramite controllo e dipendenza, dall'altro indica l'identità personale acquisita tramite coscienza e conoscenza di sé. Entrambe le accezioni del termine, evidenzia Foucault, suggeriscono una forma di potere che soggioga e assoggetta (Foucault, 1994:108-109).

Nello studio del fenomeno migratorio il concetto di soggettività consente di esplorare la dimensione soggettiva dell'esperienza di migrazione mettendo in relazione le esperienze private con le forze macro-strutturali. In questo modo, la soggettività diventa un pretesto per far emergere le forze strutturali che agiscono sulle identità e i posizionamenti delle donne migranti. In questo quadro, le soggettività migranti sono inserite in rapporti di dipendenza e di necessità che definiscono le traiettorie dei desideri e della fantasia. La teoria della soggettività permette di vedere le donne come soggetti definiti da molteplici posizioni. In merito alle soggettività migranti, il processo di costruzione del soggetto avviene a partire dal contesto sociale focalizzandosi sulla dimensione locale tramite un'analisi delle reti e relazioni amicali, sociali, lavorative. Si tratta di un processo di costruzione attiva del sé in cui la migrazione rappresenta l'esperienza che più di altre incide sulla soggettività combinandosi con altre identità e posizionamenti. Pinelli (2011, 2019) sottolinea la dinamica costante tra marginalità e azione, struttura e soggetto, potere e pratiche organizzate non in maniera dicotomica. Sherry Ortner (2005) afferma che la teoria dell'agency deve rimandare alla teoria della soggettività indagando i modi in cui la percezione di sé e le aspettative proiettate dagli altri produce uno scarto. I

soggetti eccedono le strutture che li costruiscono come identità migranti tramite desideri in contrasto con le attese proiettate su di loro.

1.2 Antropologia femminista e riproduzione: biotecnologie, genere e potere

La riproduzione è considerata un settore legato in modo intrinseco alla sfera biologica. Nella disciplina antropologica, al contrario, con il termine riproduzione si intendono le pratiche e le rappresentazioni elaborate da diversi gruppi umani sulla nascita, la cura dei figli, il concepimento, la divisione sessuale dei compiti, la trasmissione intergenerazionale. Le ricerche nell'ambito delle scienze sociali sulla dimensione della riproduzione hanno permesso di revisionare criticamente assunti dati per scontato e di approfondire il condizionamento esercitato dalle istituzioni sociali e dalle relazioni di potere sulle scelte procreative (Busoni, 2000). Come suggerisce Gianfranca Ranisio "la riproduzione è collocata all'interno delle relazioni sociali e in rapporto con le forze politiche ed economiche di un paese" (2008: 7).

Soltanto dagli anni Sessanta, grazie al movimento femminista, la riproduzione assume una posizione centrale all'interno della disciplina antropologica (Cfr. Gribaldo, 2010; 2018). Mettendo al centro il riconoscimento delle connessioni fra riproduzione e potere, le funzioni "naturali", biologiche assumono un carattere culturalmente costituito, socialmente strutturato e politicamente governato (Rapp, 1999, Mattalucci 2017a, 2017b.). Si tratta, infatti, di una questione tralasciata nell'ambito dell'antropologia culturale per due motivi: in primo luogo, la gravidanza è stata rimossa dalla ricerca critica a causa di dinamiche sociali mediante le quali è stata naturalizzata, privatizzata, e resa una questione romantica; in secondo luogo, nella ricerca demografica e nel discorso scientifico, la fertilità è considerata un aspetto operativo, risultato di variabili, oggetto d'indagine (Greenhalgh, 1995). La riproduzione è rimasta per molto tempo un tema marginale in antropologia in quanto considerato "woman's topic": la dimensione del potere nella vita riproduttiva è stata negata per concentrarsi sull'aspetto romantico e "naturale" della nascita (Ginsburg, Rapp, 1991). In questo modo, ha preso forma un concetto di maternità universale, normale e naturale, decontestualizzato e depoliticizzato (Greenhaglh 1995; Ginsburg e Rapp 1991). Ciò implica che siamo "culturalmente e professionalmente portati a non considerare il potere come una dimensione critica della riproduzione".

Negli anni Ottanta, negli studi di genere e nel movimento femminista si sviluppa un'attenzione verso il tema del parto, sulla nascita medicalizzata e non, sul concepimento, gestazione, parto, svezzamento (Jordan, 1978; Maher, 1992; Ranisio, 1996; Davis- Floyd, 1998). A fronte dell'idea dell'evento

nascita come esperienza universale e biologica, le ricerche di Jordan mostrano una rilevante variabilità culturale che riflette la presenza di diversi e complessi processi di legittimazione sociale di nozioni e pratiche procreative. Si tratta di un testo di riferimento per il movimento delle donne e per gli studi di genere che ha avuto il merito di sottrarre l'evento nascita alla dimensione biologica ponendo al centro le matrici socioculturali e i significati simbolici.
Nello stesso periodo, associazioni e movimenti femministi si attivano per rivendicare la centralità della donna nell'esperienza del parto opponendosi alla medicalizzazione considerata eccessiva (Ranisio, 2012; Bonfanti, 2012). Le teorie femministe considerano la maternità come elemento strettamente legato all'identità femminile rivelando posizioni differenti: Simone de Beauvoir (1949) individua nella negazione della maternità il superamento della disuguaglianza sessuale; per Adrienne Rich (1977) la svalorizzazione della donna e della funzione riproduttiva rappresenta l'effetto e il fondamento dell'oppressione femminile nel sistema patriarcale. Per questo, è necessario distingue fra esperienza della maternità come potenza generatrice e istituto della maternità come espressione del processo di espropriazione del potenziale femminile da parte del patriarcato e del capitalismo. Rich rifiuta l'idea di un istinto materno "naturale", innato e universale, biologicamente determinato sostenendo che la maternità rappresenta un processo di apprendimento di comportamenti e pratiche di cura. Nella stessa linea si collocano le ricerche storiche di Elisabeth Badinter (1981, 2011) che rivelano la costruzione dell'istinto materno come fatto di natura: l'amore materno rappresenta il fondamento di un modello di maternità storicamente determinato, esito di condizionamento culturale e forze sociali.

Da parte del movimento femminista, osserva Ranisio (2008, 2012) il libro *Our Bodies, Ourselves*, del Boston Women's Health Book Collective (1970) rappresenta il primo testo sulla questione del corpo considerato come luogo di lotta politica. Nel testo si sottolinea l'importanza per le donne di conquistare una maggiore autonomia, acquisire "consapevolezza del controllo sociale che veniva esercitato sul loro corpo e a prendersi cura della loro salute" (Ranisio, 2012: 11). Il collettivo di Boston mette in discussione l'idea del ruolo assolutamente positivo del sapere scientifico nella vita delle donne e delle loro famiglie e si propone di rovesciare l'ideologia patriarcale che impone una precisa configurazione al rapporto fra i sessi.

Riguardo al ruolo maschile e femminile nella riproduzione, le scienze riflettono una valorizzazione dei ruoli che corrisponde ad un'organizzazione gerarchica della società. Emily Martin (1991) evidenzia la presenza di immagini degli ovociti e dello sperma che assegnano all'uomo un ruolo dinamico mentre alla donna è attribuita la funzione di contenitore passivo adibito alla preservazione del feto. Tale immaginario indica un processo di costruzione simbolica del corpo e delle sue

potenzialità condizionato dalle visioni ideologiche presenti nelle scienze biomediche (Heritier, 1997; Busoni, 2000; D'Aloisio, 2007, Ranisio, 2012). È importante sottolineare, inoltre, il rapporto fra specificità culturali e processo riproduttivo: la riproduzione assume un valore diverso in relazione alle norme e valori dominanti, i rapporti di potere e le immagini simboliche. Occorre quindi una decostruzione delle rappresentazioni prodotte sul corpo femminile come frammentato e scomposto nei suoi organi e apparati (Ranisio, 2012).

Come suggerisce Sara Bonfanti (2012:8) la riproduzione è un "significante sociale" che assume un valore storicamente situato e, allo stesso tempo, l'esperienza procreativa è contrassegnata da una profonda differenza di genere: il potere riproduttivo femminile è oggetto di dinamiche di controllo sociale che ne definiscono l'adeguata rappresentazione e gestione (Forni, Pennacini, Pussetti, 2005). Tale nozione di riproduzione di colloca all'interno di una prospettiva antropo-poietica (Remotti, 1996): gli esseri umani sono oggetto di plasmazioni multiple da parte della cultura che forgia gli individui sulla base di modelli di umanità distinti dal genere. L'evento riproduttivo è un fatto culturale e sociale che non può essere ridotto a un momento individuale. In ogni contesto sociale il divenire madre riguarda l'intera collettività, è oggetto di riti collettivi che hanno lo scopo di socializzare la donna al ruolo di madre secondo i modelli culturali dominanti (Davis-Floyd, 1987, 1998). Il concepimento, la gestazione e il parto, come evidenziano gli studi etnografici di Robbie Davis- Floyd (1987, 1998) rappresentano momenti di passaggio (Van Gennep, 1909) che definiscono la formazione, il venire al mondo del nascituro e il divenire madre. Nelle ricerche etnografie di Davis-Floyd (1987, 1998) la medicalizzazione della riproduzione corrisponde ad un modello basato sul sapere biomedico come sapere autorevole che rispecchia una visione tecnocratica della nascita e una prospettiva meccanicistica del corpo. A questo modello si affiancano "rituali performativi che comunicano messaggi diversi da quelli delle credenze tradizionali" (Ranisio, 2012: 13).

Una parte del movimento femminista mette al centro della riflessione la scienza medica evidenziandone le matrici culturali e politiche e gli effetti sul corpo femminile. Il sapere biomedico sviluppato a partire da una visione maschilista, tramite il processo di medicalizzazione, espropria le donne delle competenze femminili sul parto e sulla gravidanza e del controllo del loro corpo relegandole ad un ruolo passivo. In questo processo, il corpo oggetto di intervento biomedico diventa luogo di oppressione del femminile e, allo stesso tempo, spazio di resistenza. Barbara Duden (1994, 2000, 2006) analizza il contesto storico che favorisce l'affermarsi della ginecologia e della scienza ostetrica parallelamente ad una marginalizzazione delle donne nel campo riproduttivo. Mentre in precedenza le levatrici e i medici tutelavano in modo esclusivo la salute della madre Dal XIX secolo, nella scena del parto prevale l'attenzione verso il feto. Nel corso degli anni Novanta, con lo sviluppo

delle nuove pratiche di tecnologia riproduttiva (ecografie, test genetici, diagnosi prenatali), il sapere e i discorsi medici hanno assunto una posizione autorevole squalificando le percezioni e le emozioni delle donne.

Nel contesto occidentale, il divenire madri e l'esperienza di maternità sono questioni affidate al sapere e alle pratiche mediche che intervengono nei processi di costruzione della maternità come modello culturale. Le conoscenze medico-scientifiche e il discorso socio-culturale diffuso sulla maternità si traducono nell'esercizio di forme di controllo e violenze sui corpi delle donne. La letteratura antropologica sottolinea i modi in cui la visione medicalizzata della maternità procede tramite la naturalizzazione del rapporto madre-figlio sulla base dell'istinto materno. Allo stesso tempo, il significato attribuito all'esperienza di maternità è condizionato dal contesto sociale e dall'ambiente familiare. Come suggerisce l'etnografia condotta da Bonfanti (2012) sulla maternità migrante nella zona di Bergamo, l'incontro con le madri migranti permette di decostruire la reificazione culturale della nascita. Il discorso medico sulla salute riproduttiva evidenzia la presenza di una realtà del rischio che ha permesso lo sviluppo incontrastato della medicalizzazione della vita quotidiana e della stessa salute riproduttiva. Diventare madre e "venire al mondo" rappresentano una trasformazione biologica e sociale legata a processi sociali di costruzione della riproduzione che strutturano le esperienze di maternità e le forme di famiglia. Allo stesso tempo, in relazione alle norme culturali vigenti sulle relazioni di genere, alle politiche sulla fertilità e sulle migrazioni, emerge l'intervento attivo delle donne che negoziano e realizzano un modo specifico di essere madre (Kertzer, 1987; Greenhalgh, 1988, 1990; Maher, 1992; Busoni, 2000).

A partire dagli anni Novanta, in relazione allo sviluppo delle biotecnologie riproduttive, si assiste all'incremento di studi che riguardano il rapporto fra nuove pratiche riproduttive e relazioni parentali. Le principali tematiche affrontate riguardano la scomposizione e frammentazione del processo riproduttivo (Gribaldo, 2004, 2018), il controllo esercitato della scienza medica sui corpi e sulla sessualità (Alvarez, 2015), il ruolo svolto da molteplici attori nel processo generativo (Thompson, 2017), il rafforzamento della rilevanza culturale della generazione biologica (Stratern 1992; Franklin, 2013a, 2013b), la patologizzazione di eventi e soggetti (Rapp, 1999; 2001). Dal 2000, nel campo degli studi antropologici sulla riproduzione diventa centrale la questione dell'accesso alle tecniche da parte delle donne. Diversi studi (Thompson, 2006; Inhorn, Birenbaum-Carmeli, 2008; Roberts, 2016;) sottolineano come l'accesso alle tecnologie riproduttive sia limitato sulla base della disponibilità economica e dalle norme di liceità che riflettono l'ordine morale. Nel processo decisionale i soggetti mettono in discussione le norme interiorizzate tramite processi continui di negoziazione. Un aspetto rilevante nell'indagine antropologica riguarda gli effetti della diffusione delle tecnologie riproduttive

sui modelli egemonici di genere e parentela, sui rapporti di potere e sulle esperienze dei soggetti (Stratern, 1992; Franklin, Robert, 2006). Le etnografie prodotte sulla Procreazione Medicalmente Assistita (PMA) evidenziano un intreccio fra discorso medico, rappresentazioni culturali, rapporti di potere e traiettorie esistenziali (Rapp, 1999, 2001; Lock, 2006; Paxson, 2004; Roberts, 2016).

1.3 L'approccio culturale e politico-economico alla fertilità: i comportamenti riproduttivi come pratiche sociali situate

Da alcuni decenni, nel contesto statunitense è attivo un dibattito e una linea di ricerca che si propone di coniugare la prospettiva antropologica e l'approccio demografico con lo scopo di situare la riproduzione e superare l'idea che gli aspetti economici e sociali siano determinanti, enfatizzando, al contrario, le questioni politiche e culturali. Nelle scienze della popolazione la razionalità ha assunto la funzione di norma rappresentando il fulcro per lo sviluppo di due modelli in contrapposizione: il modello culturalista, in contrasto con la teoria della modernizzazione, si focalizza sul ruolo della cultura nell'orientare i comportamenti riproduttivi; il modello economico che, osserva Greenhalgh (1995), propone una traiettoria di sviluppo dall'evoluzione lineare (cfr. Krause, 2012; Ranisio, 2012). L'ipotesi proposta dagli studi culturalisti ruota intorno alla nozione di razionalità diretta: il passaggio all'epoca moderna segna l'introduzione del controllo razionale sulle dimensioni della famiglia e l'abbandono dell'irrazionalità. Il declino della natalità si spiega a partire dalla nozione reificata di cultura come insieme di valori e orientamenti. "Fare figli" riflette l'acquisizione di un pensiero razionale perciò coloro che formano famiglie numerose sono considerati aggrappati alle proprie tradizioni. Questa prospettiva, da un lato, privilegia una concezione normativa di cultura, dall'altro enfatizza l'appartenenza culturale come permanenza di valori tradizionali capace di spiegare le linee del cambiamento demografico (Ranisio, 2007; Krause, 2012). Il modello economico dimostra come famiglie numerose e famiglie ristrette esprimono in ogni caso una scelta razionale che dipende dal contesto di riferimento. L'approccio economico spiega i comportamenti riproduttivi in relazione al valore "materialmente vantaggioso" attribuito ai figli all'interno dell'unità domestica. Questi studi evidenziano lo sviluppo del concetto di riproduzione moderna a partire dalla Seconda Transizione Demografica caratterizzata da un forte declino della natalità, instabilità coniugale, aumentano le famiglie formate un solo genitore o con genitore non biologico

Nell'ambito dello studio dei comportamenti riproduttivi, inizialmente il corpo individuale assume un ruolo centrale, per lasciare posto, in seguito, seguendo l'ipotesi di Foucault (1976), all'analisi della

popolazione come un ambito di esercizio del moderno bio-potere. Molti studi propongono di esplorare la dialettica fra strategie discorsive dello stato e istituzioni mediche occidentali nell'orientare i comportamenti riproduttivi (Krause, 2001, 2007; Gribaldo, 2009, 2016; Inhorn, M. C., Patrizi, P., 2015; Franklin, 1995; 2013). Numerosi studi condotti in Europa e negli Stati Uniti, a partire dagli anni Novanta fanno emergere la rilevanza di fattori culturali, simbolici e politici che orientano i comportamenti riproduttivi (Ginsburg e Rapp, 1991; Greenhalgh 1990, 1995, 1996, 2003; Kertzer 1995; Krause 2001; Krause e Marchesi 2007; Krause, De Zordo, 2012). Gli studi condotti nell'ambito dell'antropologia della riproduzione evidenziano i modi in cui le idee di modernità e assimilazione, dominanti nelle analisi demografiche sui comportamenti riproduttivi, informino la realtà veicolando immagini e attese sui soggetti.

Il nuovo approccio politico-economico alla fertilità vuole sottolineare la presenza di fattori politici ed economici rilevanti in ambito riproduttivo per gli studi demografici, rifiutando di mettere al centro dell'analisi esclusivamente il tema del passaggio da un contesto di fertilità elevata a livelli di fecondità molto bassi (Greenhalgh, 1995,1996; Kertzer, 1995). In questo senso, il dualismo presente nella teoria della modernizzazione che oppone tradizionale-moderno, naturale-controllato, è utile a mistificare le forze che determinano i comportamenti riproduttivi, perpetuando gli assunti impliciti riguardo alla razionalità e al progresso. L'approccio politico-economico alla fertilità si propone lo scopo di collocare in un preciso contesto la riproduzione mostrando il diverso significato assunto da tale pratica, in relazione al contesto culturale e politico-economico di riferimento (Greenhalgh, 1995; Kertzer, 1995).

Seguendo l'ipotesi di Lestgaeghe (cit. in Kertzer, 1995), nonostante molti demografici abbiano espresso la necessità di esaminare l'impatto della cultura sulla fertilità, non è ancora stato chiarito il significato attribuito alla nozione di cultura. Infatti, la categoria di cultura sembra una "messy bag" in cui inserire tutto ciò che non è stato pienamente compreso nell'analisi (Kertzer, 1995). La nozione di cultura utilizzata nelle analisi demografiche si riferisce alla religione, etnia, lingua e posizione geografica. Come nota Kertzer (1995), occorre adottare la definizione di cultura proposta da Marvin Harris (1979): per cultura s'intende l'insieme appreso di pensieri e azioni manifestato dai membri di un gruppo sociale. In questa prospettiva, il comportamento demografico è visto come il centro dell'attività culturale in quanto processo legato alla vita e come tale campo di applicazione dei sistemi morali appartenenti ad ogni società.

Nel campo dall'approccio politico-economico e culturale alla fertilità, si possono distinguere alcuni filoni di ricerca in relazione al focus adottato per spiegare i comportamenti riproduttivi come pratiche sociali situate: il differenziale di potere fra i gruppi sociali (Schneider e Schneider, 1995); il capitale

culturale dei soggetti e i rapporti sociali intesi come rapporti di produzione (Kertzer, 1995); il contesto socioculturale e politico di riferimento (Greenhalgh, 1990, 1995, 1996).

L'indagine condotta da Peter e Jane Schneider si inserisce fra gli studi che concentrano l'analisi sul legame fra differenziale di potere dei soggetti e comportamenti riproduttivi. Il progetto di Peter e Jane Schneider (1989) propone un'analisi del declino della fertilità a livello micro, a partire dallo studio della storia demografica di una città siciliana nel corso del XX secolo. Tramite la raccolta di dati etnografici, storici orali e informazioni contenute nell'archivio storico, Peter e Jane Schneider si occupano di mostrare il ruolo esercitato dalle differenze di potere fra gruppi socioeconomici nell'orientare i comportamenti riproduttivi. Oggetto d'indagine sono le scelte di fecondità espresse da soggetti appartenenti a diverse classi sociali, con lo scopo di rivelare come le modalità e i tempi del processo di declino della fertilità siano in contrasto con il modello di cambiamento universale, lineare e progressivo descritto dalla Teoria classica della Transizione demografica. Schneider e Schneider distinguono diverse fasi nel processo di transizione demografica: in una prima fase a partire dall'1880, si riducono le nascite fra le élite europee, in relazione ad una profonda crisi dell'agricoltura che determinò una limitazione nella disponibilità sia di risorse economiche che di forza-lavoro. L'esigenza di ottenere migliori condizioni di vita e un'educazione superiore per i propri figli contribuirono alla diffusione di una percezione della sovrappopolazione che incoraggiò le coppie delle famiglie della piccola nobiltà a ridurre le nascite. Tra le due Guerre Mondiali, si verificò una riduzione nelle dimensioni delle famiglie anche fra artigiani e commercianti, in seguito, a partire dalla fine della II Guerra Mondiale, fu evidente un calo delle nascite all'interno della classe contadina. Considerando le strategie per il controllo delle nascite, Schneider e Schneider (1995) evidenziano come tale pratica subisca variazioni in relazione al differenziale di potere assunto fra i sessi in base alla classe sociale di appartenenza. Infatti, la possibilità di negoziare le scelte di fecondità nella coppia e nella famiglia dipende dal valore sociale attribuito al genere che varia anche in relazione alla classe sociale. In questo senso, il genere e la dimensione sociale si configurano come elementi centrali nella gestione della sessualità e della riproduzione.

L'analisi di Schneider e Schneider (1995) si concentra sulle modalità in cui i soggetti risultano vincolati ad un modello di alta natalità e bassa mortalità che sembra impedire l'adozione di possibilità alternative, in relazione alla posizione sociale occupata. Nell'indagine si osserva l'elevata fertilità nelle famiglie contadine siciliane proponendo di considerare le relazioni di dominio e subordinazione fra classi sociali come fattore determinante nelle scelte di fecondità. Tuttavia, Peter e Jane Scheneider rifiutano un'interpretazione della fertilità legata ai due modelli dominanti di cultura: da una parte, il paradigma culturalista che vede i soggetti come contenitori passivi e i comportamenti condizionati

dalla cultura di appartenenza, dall'altra parte, la genitorialità come una libera scelta, all'interno di un modello che interpreta il fatto di avere molti figli una preferenza cosciente (Greenhalgh, 1990, 1995). Dall'analisi sulle trasformazioni nei comportamenti riproduttivi, emerge il ruolo esercitato dalle modificazioni nell'ambito delle strutture di opportunità relative a specifiche classi sociali nell'orientare le scelte di fecondità, in relazione alle trasformazioni politiche ed economiche a livello regionale e globale (Schneider, 1989).

Tra gli studi antropologici sui comportamenti riproduttivi che si concentrano sul ruolo esercitato dal capitale culturale e dai rapporti sociali nel modificare i comportamenti riproduttivi, si inserisce l'indagine condotta in Italia da Kertzer e Hogan (1995). Diversamente da quanto sostenuto nelle ricerche condotte dall'European Progect (1986), attraverso una ricerca condotta nella località di Casalecchio di Reno in Emilia-Romagna, Kertzer e Hogan dimostrano che non esiste una correlazione diretta fra il declino della fertilità e fattori considerati indici di modernizzazione quali l'autonomia delle donne e il lavoro femminile. Al contrario, le scelte di fertilità seguono le variazioni nel valore attribuito ai figli, all'interno dell'economia familiare di una specifica classe sociale. Il fenomeno osservato da Kertzer riguarda le differenze di comportamento riproduttivo, in ambito familiare, fra persone che svolgono lavori diversi all'interno dello stesso territorio. A Casalecchio, Kertzer analizza gli effetti prodotti dall'introduzione di norme per l'istruzione obbligatoria e il divieto di lavoro minorile sull'andamento delle nascite fra le famiglie contadine siciliane, nel periodo compreso fra 1861-1921, mostrando come le politiche di sviluppo abbiano contribuito ad una riduzione della fecondità fra la classe contadina. Lo studio evidenzia le modalità in cui le politiche di sviluppo incidono sulle trasformazioni nell'ambito della fertilità, in quanto contribuiscono a formare un preciso valore relativo ai figli che dipende dalla posizione sociale occupata dai soggetti. Nell'indagine sui meccanismi tramite i quali le forze economiche e politiche operano in un preciso contesto socio-economico, Kertzer sostiene la necessità di abbandonare l'idea che tali forze agiscano direttamente sul comportamento riproduttivo per considerare invece le dinamiche sociali tramite le quali si riproducono particolari norme di comportamento e specifiche concezioni rispetto a cosa è appropriato, desiderabile e inevitabile.

Focalizzandosi sul ruolo svolto dalla struttura sociale e dall'agency nella vita riproduttiva, per Coleman e Schneider e Schneider (1995), l'adozione di metodi contraccettivi rappresenta un processo politico che riflette ed esaspera i differenziali di potere fra i sessi e le classi sociali. Coleman (1986) esamina l'apparente tendenza pro-aborto in Giappone sottolineando il dominio esercitato da modelli legati alla tradizione sulle pratiche di controllo delle nascite. Dall'analisi emerge che l'uso del preservativo e il calcolo del ciclo sono le pratiche prevalenti di controllo delle nascite in Giappone,

mentre viene rifiutato l'uso di metodi moderni quali la pillola, la sterilizzazione o il diaframma. Coleman suggerisce che le pratiche di controllo delle nascite hanno significato all'interno delle politiche sanitarie e del sistema di commercializzazione dei contraccettivi in cui sono inserite. Nel caso giapponese, Coleman descrive le forze politiche ed economiche che intervengono nella scelta dei metodi contraccettivi: il sistema di politiche sulla salute riproduttiva; il potere politico delle organizzazioni di ginecologi; le associazioni private di pianificazione familiare contrarie all'uso dei metodi moderni. La divisione dei ruoli coniugali fra marito e moglie e la repressione sessuale, diffusi nelle interpretazioni culturali, non sono sufficienti a spiegare tale comportamento contraccettivo apparentemente irrazionale. Dall'analisi di Coleman emerge che gli ostacoli all'uso della moderna contraccezione riguardano motivazioni di ordine sociale, culturale e politico combinate in profondità e legate al sistema di pianificazione della famiglia.

Riguardo alla gestione sociale della riproduzione, il progetto presentato da Carter (1995) propone di considerare criticamente due concetti dominanti nelle analisi demografiche sui comportamenti riproduttivi: la nozione di cultura e quella di agency. Nelle scienze sociali esistono due nozioni di agency: in primo luogo, un concetto attivo di agency legato all'idea della libertà di scelta, per cui le persone scelgono il livello di fertilità preferito in base ad una forma di astratta razionalità; in secondo luogo, un concetto passivo legato all'azione come espressione della dipendenza e dell'alienazione che definisce i comportamenti individuali in base al condizionamento esercitato dalle convenzioni sociali.

Secondo la Teoria classica della Transizione demografica, nelle società moderne, le scelte procreative sono il risultato di una libera decisione individuale: l'industrializzazione, l'urbanizzazione e l'educazione obbligatoria hanno ridotto la mortalità e liberato del vincolo della tradizione. Nelle società premoderne, invece, le norme culturali, incorporate dai membri della comunità, favoriscono tassi di fertilità elevati. Si pensa così ad umanità divisa in due gruppi: da una parte coloro che praticano un controllo deliberato della fertilità, mentre dall'altra coloro che sono oppressi dai condizionamenti culturali. Emerge quindi un'analogia fra fertilità naturale e cultura che spiega le condotte individuali nella società premoderne come pratiche determinate da norme culturali e istituzioni sociali centrate sulla famiglia. L'alta fertilità è ricondotta al peso esercitato delle norme culturali che ostacolano l'adozione di metodi moderni di controllo delle nascite. In questa cornice, i comportamenti procreativi sono il risultato di un processo decisionale attivo che comprende la massimizzazione dell'utile per il soggetto. Le teorie economiche interpretano il fenomeno del calo delle nascite come una scelta legata alle circostanze socioeconomiche, mentre la cultura è un costrutto esterno al soggetto che declina con la modernizzazione. Se nelle società premoderne, il ruolo della

cultura è utile a spiegare i comportamenti riproduttivi come vincolati alle norme culturali, nelle società occidentali, invece, le scelte relative alla forma di famiglia sono influenzate da condizioni sociali ed economiche. Ricerche condotte nell'ambito delle scienze sociali sulla transizione demografica spiegano il cambiamento che interessa le pratiche ed esperienze riproduttive mediante il ricorso a forze esterne (la cultura, l'economia e la politica), adottando una prospettiva etnocentrica ed evoluzionista. Emerge in questo modo, l'opposizione fra due modelli di riproduzione dominanti: il primo appartiene alle popolazioni povere e arretrate, legate ad una dimensione tradizionale dell'esistenza in cui la cultura esercita un peso determinante nell'orientare le scelte procreative ostacolando l'adozione di metodi contraccettivi razionali ed efficaci, un contesto in cui prevale l'assenza di controllo sulla fertilità. Il secondo modello comprende le popolazioni moderne in cui la genitorialità è considerata una libera scelta.

1.3.1 Demografia, riproduzione e migrazioni

Gli approcci politico-economici riguardo ai comportamenti riproduttivi nell'ambito dell'antropologia si basano sull'assunto secondo cui il potere è attivo e inscritto nelle pratiche quotidiane, nelle relazioni di parentela e nei rapporti di produzione (Greenhalgh, 1995, 1996). La prospettiva globale si inserisce nell'analisi sulla riproduzione mediante l'attenzione alle politiche internazionali, considerando le relazioni riproduttive, a livello locale e all'interno di un contesto più ampio che si contraddistingue per un intreccio fra interessi dello Stato e di altre istituzioni potenti come gruppi religiosi, multinazionali e la medicina occidentale. Oltre a studiare le scelte riproduttive, a partire dall'organizzazione sociale in cui sono inserite, come dimensione intrinsecamente politica, si osservano gli effetti prodotti dai fenomeni globali sui comportamenti procreativi individuali (Greenhalgh, 1995, 1996).

Secondo Kertzer (1995). Si tratta di considerare i comportamenti riproduttivi a livello locale attraverso una duplice prospettiva: da una parte come formate dal potere stesso, dall'altra come resistenti alle forme di potere globali. Kertzer (1995) esamina la nozione di cultura presente nell'interpretazione demografica, in quanto categoria analitica che, a partire dagli anni Ottanta, si impone come questione centrale all'interno della disciplina diventando oggetto di ripensamento critico. Concentrandosi sul legame tra processi di livello macro (sviluppo del capitalismo, modernità) e comportamento riproduttivo individuale, Kertzer (1995) analizza il concetto di cultura usato come variabile nelle indagini demografiche sulla fertilità. Nel tentativo di integrare le prospettive politico-economiche e l'analisi culturale allo studio demografico, l'analisi di Kertzer evidenzia in ambito demografico, un'interpretazione dominate del concetto di cultura: un'entità neutra, separata, esterna

al soggetto e contrapposta ai fattori politici. Al fine di comprendere l'insieme dei fattori che determinano il comportamento riproduttivo, Kertzer propone un modello di interazione fra processi politici, economici e culturali in cui le forze economiche che agiscono nella vita riproduttiva operano all'interno di un contesto costituito da fattori culturali e politici.

Il nuovo approccio politico-economico e culturale alla fertilità promosso da Greenhalgh (1995, 1996) grazie all'analisi delle modalità in cui cultura e agency, genere e potere operano nella vita riproduttiva, è possibile riconoscere il ruolo delle forze politico-economiche nelle scelte procreative, omesso e misconosciuto da parte delle teorie demografiche sulla fertilità.

A partire dalla fine della Seconda Guerra Mondiale, il fenomeno della bassa natalità diventa una questione di interesse principale per la scienza demografica che sviluppa diverse teorie in proposito. Dalla fine della Seconda Guerra Mondiale, in Europa e negli Stati Uniti, l'andamento demografico si trasforma facendo registrare una drastica riduzione della fecondità, per questo motivo i demografi elaborano la categoria di Seconda Transizione Demografica. Secondo queste ricerche, nell'Europa moderna si riscontra una diminuzione della mortalità infantile grazie ai miglioramenti nell'ambito della sanità, dell'alimentazione e dell'igiene e, allo stesso tempo, un tasso di natalità molto basso. Secondo Van de Kaa (cit. in F. D'Aloisio, 2007), l'espressione "seconda transizione demografica" indica il processo di trasformazione, iniziato fra i primi anni del XX secolo e tutt'ora in corso, caratterizzato da una rivoluzione dell'andamento della fecondità che si attesta su valori minimi, mai raggiunti prima, segnando l'avvio di un processo per alcuni irreversibile. Se durante la prima transizione demografica avvenuta nel periodo compreso fra il XIX secolo e l'inizio del XX secolo, nei paesi occidentali si assiste allo sviluppo di un regime di contenimento della natalità e della mortalità, per alcuni conseguenza di dinamiche sociali e politiche legate all'acquisizione di una progressiva autonomia di scelta rispetto alle autorità esterne, il secondo periodo di trasformazione demografica si caratterizza per la centralità attribuita ai cambiamenti di valori e ideologie riguardo alla riproduzione nel determinare le scelte di fecondità dei soggetti che risultano svincolati da norme etiche collettive e costrizioni sociali (F. D'Aloisio, 2007).

Greenhalgh (1995) e altri (Gribaldo, A., Judd, M. J., Kertzer, D. I., 2009; D'aloisio, 2007) pongono in evidenza come a partire dagli anni Sessanta, la questione della fertilità diventa, da problema privato, oggetto di dibattiti pubblici: seguendo l'ipotesi di Malthus, molti affermano che l'elevata natalità delle popolazioni più povere rappresenti una terribile minaccia per il futuro dell'intera umanità. All'interno di un paradigma che interpreta la cultura come un ostacolo per lo sviluppo e la modernizzazione, l'ipotesi neomalthusiana sostiene che la crescita eccessiva e incontrollata della popolazione non occidentale costituisca un grave problema per l'Occidente.

Greenhalgh (1995) mette a confronto l'approccio demografico sui comportamenti riproduttivi e la prospettiva della cultura della fecondità evidenziando gli assunti impliciti contenuti nelle teorie contemporanee della transizione: la storia si muove all'interno di una linea predeterminata e unilineare, dalla fasi della tradizione alla modernità, tale evoluzione si basa sul modello di vita occidentale caratterizzato da un bassi livelli di fecondità; la transizione è irreversibile, progressiva e positiva. Nelle teorie classiche, la dinamica di transizione demografica è un considerata un processo moderno di occidentalizzazione che rappresenta un miglioramento per l'intera umanità, inoltre grazie alla modernizzazione la posizione sociale delle donne migliora. È stato spesso notato come il cambiamento demografico non segua il modello occidentale in modo esclusivo ma le dinamiche demografiche sono legate a logiche culturali distinte. Per questo motivo, nell'ambito dell'approccio politico-economico alla fertilità, la direzione del cambiamento dipende non solo dalla cultura ma dal contesto politico economico in cui il soggetto è inserito: la storia demografica non si conclude con il modello riproduttivo attuale di bassa fertilità.

Se dalle teorie demografiche emerge un'unica valutazione positiva della bassa fecondità, numerose ricerche antropologiche mettono in discussione tale visione, evidenziando la rilevanza del condizionamento culturale esercitato sulla percezione dei fenomeni sociali (Greenhalgh 1995; Krause 2001; Krause e Marchesi 2007). Emerge quindi la presenza di una credenza implicita, sviluppata a partire dal periodo coloniale, che consiste nell'idea della superiorità e della priorità dell'Europa sul resto del mondo. Si tratta di una visione apolitica poiché non considera le relazioni storiche fra Paesi che permettono di portare avanti il progetto politico di occidentalizzazione della riproduzione. Tale pensiero implicito produce la divisione della popolazione in due gruppi opposti: europei e non-europei, i primi adottano una forma di fecondità moderna mentre i secondi sono legati alla tradizione. Nel discorso dominante, le persone di origine non occidentale vengono considerate i contenitori passivi della diffusione delle idee europee, per questo il cambiamento demografico consiste nell'accettare le nuove idee e le pratiche promosse dall'Europa (Greenhalgh, 1995, Krause 2001).

Come è stato notato da Rapp e Ginsburg (1991), nel dibattito sulla transizione demografica si assiste alla manifestazione della retorica occidentale sullo sviluppo in cui è dato per scontato che, in relazione ai processi di modernizzazione, il modello tradizionale di fertilità, basato sull'alta mortalità infantile e l'elevata fecondità, subisca un declino nel tempo. Si tratta di un processo lineare che non considera le specificità culturali tralasciando le forze socioeconomiche che influenzano lo sviluppo dei modelli riproduttivi e di cura. Il discorso pubblico afferma che nelle società più povere, in cui la diffusione di tecnologie contraccettive è scarsa, la fertilità è incontrollata e rappresenta una minaccia per l'intera

società. Al contrario, numerosi studi etnografici mostrano le modalità mediante le quali in ogni società, i soggetti si attivano sviluppando pratiche diverse per ottenere la fertilità desiderata.

In questa prospettiva, le teorie demografiche sviluppate fino agli anni Novanta, rappresentano diverse versioni della teoria della modernizzazione che promuove e adotta una visione etnocentrica ed evoluzionista del comportamento riproduttivo, interpretando le pratiche procreative in termini di variabili economiche e sociali. Come emerso da numerose ricerche (Greenhalgh, 1995, 1996; Krause, 2001, Gribaldo, 2016; Decimo, 2018), si tratta di una prospettiva basata sulla teoria evoluzionista novecentesca che esclude l'impatto delle forze politiche e culturali sui comportamenti procreativi ed interpreta il cambiamento sociale come unidirezionale e progressivo: a partire dallo stadio primitivo caratterizzato da un'elevata fertilità e mortalità, le società avanzano verso la modernità.

A partire dagli anni Novanta, la tendenza riscontrata nelle ricerche sulla transizione demografica si può descrive nei termini di un passaggio dalla teoria della modernizzazione a un'interpretazione culturalista o diffusionista della fecondità che definisce il calo demografico a partire da una trasformazione culturale, in particolare, si concentra sui comportamenti nell'ambito della contraccezione. Tali indagini si preoccupano di evidenziare la relazione fra fertilità e cultura non approfondendo il significato attribuito all'appartenenza culturale: la nozione di cultura risulta legata all'idea di una semplice variabile nell'indagine, spesso associata alla lingua, etnia o provenienza geografica.

Gribaldo (2016) esamina il rapporto fra fertilità e migrazioni suggerendo che modi diversi di considerare le popolazioni sono l'effetto dei diversi modelli di fecondità ad esse associati. L'antropologa analizza le teorie prodotte sui comportamenti riproduttivi appartenenti a diverse popolazioni mostrando l'esistenza di una nozione di tempo lineare e progressiva, evoluzionista e una nozione di cultura ed etnia reificata. Le teorie sulla transizione demografica si basano sulla teoria della modernizzazione e prevedono per le popolazioni un percorso evolutivo lineare nell'ambito dei comportamenti riproduttivi. La letteratura demografica definisce la bassa natalità come il prodotto di una scelta libera e consapevole al fine di limitare la fecondità della coppia per raggiunge la forma di famiglia desiderata. In questo senso, suggerisce Gribaldo (2016), l'idea di riproduzione presente nell'European Fertility Project è legata ad un'azione ragionata che sembra non dipendere da condizioni materiali.

1.3.2 La riproduzione come configurazione frattale: ricerche etnografiche sulla bassa natalità

Parallelamente all'introduzione di tecnologie biomediche, durante gli anni Novanta, diversi studi sulla riproduzione (Jordanova, 1995; Martin, 1991; Maher, 1992) si focalizzano sul ruolo svolto da istituzioni e Stati nel determinare i modi in cui "le persone immaginano e vivono la sessualità e costruiscono legami parentali" (Mattalucci, 2017: XVII). A partire dal 2000, per indagare la gestazione, la nascita e l'allevamento dei figli, molte ricercatrici evidenziano gli aspetti che circoscrivono l'accesso alle possibilità di cura: classe, razza, etnicità, fede religiosa, nazionalità e orientamento sessuale (Ginsburg, Rapp, 1995; Rapp, 1999, 2001; Riberio Corrosacz, 2004). Il concetto di stratificazione della riproduzione introdotto da Colen (1986) indica le situazioni in cui le forze economiche, politiche e sociali strutturano il lavoro riproduttivo delle donne in relazione alle gerarchie di classe, razza, etnia, nazionalità e genere, a livello locale e globale. In questo modo, "mentre la riproduzione di alcuni soggetti è sostenuta e premiata, il lavoro riproduttivo di altri è svalutato" (Mattalucci, 2017: XVII). Un secondo aspetto introdotto nelle scienze sociali è l'espressione "fratture della riproduzione" (Rapp, Ginsburg, 2001; Inhorn, 2007). A fronte dell'idea diffusa sulla riproduzione come processo lineare, privo di ostacoli e imprevisti, Rapp e Ginsburg si propongono di evidenziare le fratture che alterano il corso "naturale" del processo procreativo. Le gravidanze indesiderate, l'infertilità, gli aborti spontanei o volontari, il ricorso alla medicina riproduttiva, rappresentano le "esperienza che interrompono le traiettorie ideali, dove al desiderio di genitorialità e al concepimento seguono la nascita e lo sviluppo di bambini sani, che garantiscono la formazione di famiglie e continuità fra generazioni". Oltre ad avere cause organiche, le fratture della riproduzione dipendono da forze strutturali, risorse economiche, politiche, attese e desideri sulla famiglia. Come suggerisce Inhorn (2007) il concetto di riproduzione "naturale" è l'esito di un discorso sviluppato in base al sistema culturale dominante che identifica e classifica forme di famiglia e di procreazione come sane o patologiche (Cfr. Mattalucci, 2017).

Il termine riproduzione rimanda in modo immediato al dato biologico e a fatti di natura, rivelando una neutralità ambigua (Jordanova, 1995). Il processo riproduttivo è rappresentato in modo parziale in quanto viene tralasciato il ruolo dell'intervento umano prescindendo dai corpi delle persone coinvolte. Due aspetti sono centrali per Jordanova: le procedure tecniche che intervengono nel processo procreativo e le rappresentazioni simboliche. In particolare, a partire dal XIX secolo, nel mondo occidentale la riproduzione assume una connotazione legata profondamente alla razionalità scientifica. Emerge il contrasto fra le rappresentazioni prodotte dalla scienza medica, le esperienze e gli immaginari costruiti nel contesto socio-culturale di riferimento. Il concetto di neutralità del processo riproduttivo, infatti, occulta i rapporti di forza e le asimmetrie di genere e, allo stesso tempo,

gli immaginari diffusi sulla procreazione (D'Aloisio, 2007). Gli studi scientifici sui processi riproduttivi producono e rafforzano precise visioni di genere che vengono occultate dalla presunta neutralità del discorso filosofico-medico.

Un secondo filone esamina il lavoro riproduttivo come lavoro femminile necessario per la riproduzione biologica e lavoro di cura. in particolare, alcune hanno messo al centro i rapporti di riproduzione, concetto introdotto dall'antropologia marxista che considera il lavoro riproduttivo e il suo sfruttamento nell'economia capitalistica. Per Rubin (1975) i rapporti di produzione si basano su relazioni e attività misconosciute, svalutate e non retribuite che si organizzano in base al sistema sesso/genere e dalle sue combinazioni con le gerarchie di razza, classe, nazionalità. Si sviluppano indagini riguardo al rapporto fra riproduzione e sistemi economici, politici e sociale con l'intento di sottolineare il ruolo assunto dai molteplici interessi contrapposti portati avanti dalle istituzioni, da gruppi religiosi, movimenti sociali che agiscono sui corpi, modellando le pratiche e le percezioni sulla sessualità e sui legami di parentela. Un ulteriore aspetto riguarda la circoscrizione dell'accesso alle risorse e possibilità in relazione alla razza, classe, etnicità, fede religiosa, nazionalità, orientamento sessuale (Rapp, 1999; Riberio Corrosacz, 2004). Da più parti si sottolineano le molteplici interconnessioni fra migrazione e riproduzione tramite ricerche che pongono attenzione agli effetti prodotti sulla riproduzione delle categorie di genere, classe, etnia, nazionalità che si rafforzano reciprocamente[6]. In questo ambito si inseriscono le ricerche condotte da Parrenas (2000) e Hochschild (2004) che si focalizzano, in particolare, sulla divisione internazionale del lavoro riproduttivo e sulle forme transnazionali di cura e delle relazioni parentali. Nei paesi europei e negli Stati Uniti, infatti, alle donne migranti viene delegata parte del lavoro di cura, a causa del progressivo inserimento delle donne della classe media nel mercato del lavoro extra-domestico. A fronte di un salario spesso inadeguato, le lavoratrici-madri-migranti devono ricorrere al lavoro di altre donne per la cura dei propri figli rimasti nel paese di origine.

Come suggerisce Claudia Mattalucci (2017), un altro settore di studi indaga il rapporto migrazioni e riproduzione a partire dell'impatto delle politiche migratorie sui comportamenti procreativi delle donne migranti, sottolineando la negoziazione continua tra desideri e scelte procreative legate a processi di incorporazione di norme di genere e sulla famiglia. In particolare, alcune ricercatrici si concentrano sull'analisi delle leggi, sulle forme di categorizzazione e le procedure di "accoglienza" nei paesi di destinazione (Decimo, Gribaldo, 2017) mentre per altre, occorre rivolgersi alle attese, le esortazioni e i sospetti che si riflettono sui migranti per comprenderne i comportamenti riproduttivi. Tra questi ultimi, è possibile inserire lo studio di Bledsoe (2004) in cui viene affrontato il tema della

[6] Cfr. la nozione di "stratificazione della riproduzione" introdotta da Colen (1986, 1995) e ripresa da Rapp 1999, 2001.

riproduzione nei contesti migratori analizzando i modi in cui i figli assumono un valore diverso in relazione alla posizione assunta dal soggetto. L'autrice introduce il concetto di "legittimità culturale" (*ibidem*: 88) per analizzare le traiettorie riproduttive dei soggetti migranti collocati ai margini nel contesto europeo. Bledsoe sottolinea il condizionamento esercitato dalle "aspettative di legittimità" proiettate sulla nascita. Diversamente, i soggetti che si posizionano al centro dell'Europa assumono comportamenti considerati nel passato illegittimi. Bledsoe riprende il concetto di complesso culturale onore/vergogna introdotto da Mary Douglas (1966) per indicare il timore di contaminazione dei soggetti nel superamento dei confini tra le categorie culturali stabilite. Dallo studio di Douglas emerge che la reputazione della famiglia è legata alla condotta sessuale delle giovani donne: l'immoralità delle donne è evidente nei casi in cui non viene rispettato l'ordine temporale specifico. In particolare, si ritiene che l'unione coniugale debba precedere la gravidanza e si indica una precisa distanza temporale fra l'arrivo dei figli. Nello studio di Bledsoe sul rapporto fra riproduzione e legittimità culturale, emerge che le logiche nazionali producono e definiscono i margini di ciò che viene considerato moralmente appropriato. Sul concetto di legittimità Moore (1978) specifica che le norme sociali non agiscono in modo automatico e costrittivo ma rappresentano uno sfondo ideologico a cui gli individui e i gruppi attingono nel processo di negoziazione che costituisce la realtà sociale. In questo modo, appellandosi alle norme culturali e morali dominanti l'individuo tenta di legittimare le proprie decisioni e azioni.

Bledsoe ipotizza l'esistenza di una relazione dinamica fra i comportamenti riproduttivi adottati in Paesi occidentali e non. Le scelte procreative delle famiglie migranti e di quelle europee rappresentano due facce della stessa medaglia: mentre per le prime si evidenzia il tentativo di ottenere legittimità in un nuovo contesto socio-culturale attraverso la procreazione, le famiglie europee mostrano la tendenza ad una bassa fertilità e alle nascite fuori dal matrimonio. L'analisi di Bledsoe indica che la fertilità migrante arriverà ad assumere le caratteristiche del paese di immigrazione soltanto quando la condizione socio-economico diventerà stabile e sicura. Concentrare l'analisi sulle dinamiche di fertilità ai margini sociali e legali rappresenta uno strumento essenziale per comprendere le dinamiche di bassa fertilità che si sviluppano "al centro" del contesto europeo. In questo modo, sostiene Bledsoe, è possibile superare la convenzionale nozione di confini nazionali.

Le ricerche etnografiche condotte in Italia da Fulvia d'Aloisio (2012) e Elizabeth Krause (2012)[7] si propongono di analizzare il peso di conoscenze condivise, orizzonti normativi e di valori che incidono sulle scelte procreative delle donne nell'epoca della bassa fecondità. La tendenza alla riduzione della natalità riscontrata a partire dagli anni Novanta in Italia, si inserisce all'interno di un contesto più

[7] Entrambi i lavori fanno parte del testo curato da Gianfranca Ranisio 2012.

ampio. A seguito del boom post-bellico delle nascite, dalla metà degli anni Sessanta, nei Paesi Occidentali si nota un processo di calo drastico della fecondità definito dai demografi "Seconda Transizione demografica". Nel corso degli anni Novanta, il fenomeno della bassa natalità è presentato come un problema sociale legato a questioni economiche e sociali. In particolare, nel dibattito emergono preoccupazioni circa la possibilità di un ricambio della popolazione, sull'assetto del welfare in relazione all'invecchiamento progressivo. Negli ultimi dieci anni, nel dibattito politico e mediatico si osserva il calo delle nascite con preoccupazione "eminentemente cattolica" (D'Aloisio, 2012: 60) per il futuro della famiglia[8]. Sulla base degli studi condotti da Foucault il discorso assume il valore di una pratica sociale capace di produrre credenze, significati e sapere. Allo stesso tempo, il discorso produce effetti reali: modifica le percezioni, favorisce o ostacola certi tipi di relazioni e orienta i comportamenti. Il potere del discorso consiste nel suo effetto performativo che procede attraverso la retorica per legittimare specifiche linee politiche trasmettendo una serie di idee sulle migrazioni, sullo straniero.

L'etnografia di D'Aloisio si basa sull'osservazione partecipante condotta nei corsi di accompagnamento al parto in un consultorio napoletano. Nel saggio di d'Aloisio per comprendere le traiettorie riproduttive delle donne in un contesto di bassa natalità risultano centrali da un lato, i processi di mutamento culturale che interessano la famiglia, i ruoli genitoriali e la cura dei figli, dall'altro i saperi in merito alla nascita e al parto caratterizzati da un crescente iper-specializzazione. Dalle interviste raccolte, emerge un "eccesso di saperi, non sempre convergenti e talvolta contrastanti" (Ranisio, 2012: 22) che riguardano la maternità: il sapere medico-scientifico, le conoscenze tradizionali e gli stimoli consumistici. Il tentativo di mediazione fra saperi diversi provoca nelle donne uno stato di confusione e tensione, un senso di inadeguatezza per l'acquisizione di competenze diversificate che produce una configurazione della maternità densa, problematica e complessa. Lo scenario illustrato non appare favorevole alla conciliazione tra lavoro produttivo e riproduttivo, né all'assunzione di un ruolo genitoriale soddisfacente da parte delle donne. Infatti, come afferma D'Aloisio (2012: 86) "la figura materna della bassa fecondità attuale è al centro di un'aspettativa sociale molto forte verso i pochi figli ed è protagonista di una domanda di cura che cresce nei tempi e nelle abilità richieste".

Krause[9] analizza in prospettiva critica il concetto di razionalità utilizzato nella scienza demografica come chiave interpretativa dei comportamenti riproduttivi evidenziando un paradosso: la percentuale notevole di nascite non pianificate (circa un quarto delle nascite totali). Tale fenomeno implica una

[8] In particolare, mi riferisco al "Family Day" introdotto nel 2015 da associazioni cattoliche.
[9] Cfr. Krause 2001, sul concetto di riproduzione razionale e moderna all'interno del dibattito politico e mediatico sulla bassa fecondità in Italia.

messa in discussione dell'ipotesi della razionalità nei comportamenti riproduttivi sostenuta da molti studi demografici. L'obiettivo di Krause consiste nell'esaminare "come la razionalità rappresenti una tattica fondamentale nel gioco della biopolitica" (Krause, 2012: 141). Come dimostrano le etnografie condotte da Chavez negli Stati Uniti (2004) sulle scelte procreative delle donne migranti latinoamericane, all'interno di un contesto contrassegnato dalla bassa natalità, nel discorso politico, la riproduzione di alcuni potenziali genitori è meno urgente di altri. In questo modo, si manifesta una dinamica di stratificazione della riproduzione: le scelte procreative di certe donne sono oggetto di stigmatizzazione mentre quelle di altre sono sostenute e valorizzate. Osservare la riproduzione nei contesti di bassa natalità, infatti, permette di svelare le norme culturali, le disuguaglianze e le lotte. Come suggerisce Krause (2012: 141): "i campanelli d'allarme della decrescita demografica risuonano nella tonalità della razionalità, le cui note sono nazionalistiche e le cui ripercussioni sono razializzate". La metodologia etnografica permette di evidenziare le contraddizioni della modernità con l'obiettivo di un superamento di interpretazioni dicotomiche e scotomizzanti (tradizione/modernità, irrazionalità/razionalità). L'approccio etnografico permette di portare alla luce ambivalenze, emozioni che riguardano la scelta di fare un figlio "rivelando i desideri ambivalenti se non conflittuali del sé moderno" (Krause, 2012: 164). Emerge una frattura nel binomio razionalità-irrazionalità a partire dal caso italiano: "fare figli" rappresenta l'espressione di una "razionalità sospesa" (Krause, 2012:161). Nel caso italiano, è presente un ulteriore possibile punto di rottura nell'opposizione binaria razionalità/irrazionalità: la transizione demografica è avvenuta attraverso l'uso di metodi contraccettivi tradizionali. Infine, considerando la presenza elevata di bambini non programmati, il discorso sulla razionalità si configura come una tecnica di governance che procede alla costruzione dei soggetti occidentali come moderni allo scopo di imporre una separazione netta fra soggetti e altri la cui presenza rappresenta una minaccia per l'omogeneità nazionale e la coesione sociale (Krause, 2012).

I due testi evidenziano la presenza di alcune contraddizioni riguardo al fenomeno procreativo: a fronte di numerose nascite "non programmate", è rappresentato come l'espressione di un progetto, l'esito programmato e consapevole di una scelta razionale, e allo stesso tempo, l'evento nascita produce "una condizione materna disorientata, in parte problematica e ansiogena" (D'Aloisio, 2012: 86).

Recentemente sono state condotte ricerche etnografiche che affrontano il tema della riproduzione con l'obiettivo di indagare le specificità locali della fecondità italiana, per sottolineare il ruolo esercitato da opinioni, valori e modelli di fecondità veicolati dalle reti amicali, parentali e familiari, nel determinare le scelte procreative (D'Aloisio, 2007; Decimo 2008, 2018; Gribaldo 2016). Decimo (2018) esamina le diverse prospettive di ricerca sulla fecondità degli stranieri in Italia elaborate nell'ambito delle scienze sociali. In particolare, l'autrice analizza i modi in cui si combinano le due

principali linee di mutamento socio demografico attualmente rappresentate dal declino demografico e dall'aumento della presenza straniera in Italia. Si tratta di due processi legati alle trasformazioni in atto nella famiglia e nel lavoro, a livello locale e globale: da un lato, si osserva un processo di transizione demografica, in corso da alcuni decenni, in cui si assiste al mutamento della struttura della popolazione. Molteplici fattori (bassi tassi di natalità e l'aumento dell'età media della madre) concorrono a determinare un processo di invecchiamento della popolazione, in concomitanza con lo sviluppo socio-economico della nazione. Secondariamente, a partire dagli anni Settanta, si assiste alla crescita di un flusso crescente di migranti come risposta alla richiesta di manodopera a basso costo e per effetto di politiche neoliberiste adottate nei paesi di origine.

Gribaldo (2016), in una recente ricerca sui comportamenti riproduttivi fra le famiglie marocchine migranti in Italia, pone attenzione ai discorsi politici e mediatici sull'identità nazionale in cui si attribuisce un ruolo centrale alla questione delle migrazioni, in un contesto di bassa natalità. In questo modo, secondo Gribaldo, si alimenta un discorso sulla fecondità legato al concetto di identità, classe, razza e genere (Cfr. Krause 2001, 2007). Nel discorso politico-mediatico emergono due interpretazioni dominanti riguardo alla fecondità migrante: le teorie della modernizzazione e le teorie del rimpiazzo. Le teorie allarmistiche si concentrano sulle scelte riproduttive dei migranti sottolineando il pericolo di un'invasione. La percezione di un'emergenza costante è legata all'idea di una popolazione migrante con una fecondità naturale e non controllata. Le teorie del rimpiazzo, invece, prevedono un bilanciamento fra i due regimi di fecondità e nel tempo, una lenta assimilazione dei comportamenti riproduttivi dei migranti verso i comportamenti degli autoctoni. In questo modo, si reifica l'idea di una separazione fra la popolazione migrante residente con una fecondità elevata e una popolazione autoctona con una fecondità molto bassa. Infatti Gribaldo (2016) sostiene si tratti di due fecondità ugualmente considerate patologiche: da un lato, un modello di fecondità italiana che tende alla sterilità, dall'altro un modello di fecondità migrante eccessiva, più prolifica rispetto alle risorse disponibili.

Come suggerisce Decimo (2018) fra le teorie del rimpiazzo si inserisce la ricerca di BIllari e Dalla Zuanna (2008) riguardo alle trasformazioni relative alla fecondità in contesti di migrazione. I due demografi osservano come, in molti casi, si considera l'impatto delle migrazioni risolutivo per la composizione demografica italiana segnata da squilibri strutturali. Dalla Zuanna (2008) sostiene che l'afflusso continuo di lavoratrici e lavoratori migranti consente di mantenere una dinamica di crescita positiva della popolazione italiana. Infatti, in questo modo, si verifica il rimpiazzo della popolazione: la forza lavoro migrante compensa i vuoti demografici e risolve gli squilibri strutturali della popolazione nativa consentendo di mantenere alti standard di sviluppo economico e mobilità sociale

fra le generazioni. L'autore descrive l'evoluzione positiva del processo del rimpiazzo: la scelta di un numero limitato di figli per famiglia permette di favorire l'incremento di capitale umano e la mobilità sociale. Allo stesso tempo, un flusso continuo di manodopera migrante che si inserisce nelle posizioni più basse della gerarchia sociale, impiegata in lavori umili, garantisce lo sviluppo della produttività nazionale. In base alla prospettiva dell'assimilazione, le famiglie migranti sono indotte ad assumere i comportamenti riproduttivi delle famiglie autoctone per ottenere l'accesso alle risorse e al capitale sociale. Per questo motivo, secondo Billari e Dalla Zuanna (2008), fra le famiglie migranti si osserva la tendenza ad assumere comportamenti riproduttivi simili a quelli delle famiglie native favorendo così la crescita e il benessere della popolazione italiana.

Tramite un approfondimento riguardo alla nozione di modernità adottata nelle teorie della transizione demografica, Gribaldo si propone di decostruire il concetto di modernità come risultato di un processo storico e sociale, capace di assumere molteplici forme. Gribaldo (2016) evidenzia il ruolo assunto dalla nozione di modernità nell'interpretazione delle trasformazioni demografiche. Infatti, negli studi demografici si dà per scontato che la direzione del cambiamento corretto e desiderabile nei comportamenti riproduttivi tenda verso un'assimilazione automatica della elevata fecondità dei migranti alla bassa fecondità degli autoctoni, con il fine di accedere alle risorse e al capitale sociale. Alla luce delle ricerche condotte da Gribaldo (2016) e Decimo (2018) emerge la necessità di ripensare le ipotesi prevalenti formulate riguardo alla fecondità della popolazione migrante. La teoria del rimpiazzo e le teorie della modernizzazione, infatti, sostengono che la trasmissione di pratiche e modelli riproduttivi avvenga in modo lineare dalle popolazioni native ai migranti. Al contrario, la ricerca etnografica permette di evidenziare mentre si osservano molteplici forme di adattamento dal carattere spesso ambivalente.

CAPITOLO II

Le migrazioni femminili latinoamericane

2.1 Introduzione

La migrazione, sostiene Sayad (2002), è un "fatto sociale totale": il contesto di origine e di destinazione rappresentano elementi centrali per comprendere l'esperienza del migrante. Nel processo migratorio, a partire dall'unione di frammenti appartenenti a contesti differenti, si costruiscono spazi geografici e culturali aperti e fluidi. Per Sayad (2002: 9) "immigrazione qui e emigrazione là sono le due facce indissociabili della stessa realtà, non possono essere spiegate l'una senza l'altra". Le molteplici appartenenze di cui si compone ogni identità, in una condizione di "doppia assenza", conducono all'attivazione di processi di costruzione sociale dell'identità migrante (Sayad, 2002; Bryceson, Vuorela, 2002; Vertovec, 2004). Lo sguardo rivolto alla dimensione transnazionale permette dunque di evidenziare la capacità dei migranti di sviluppare relazioni tra contesto di partenza e arrivo superando una visione parziale e dicotomica che considera l'esperienza migratoria un passaggio a senso unico fra due mondi monolitici e chiusi in sé stessi (Glick Schiller, Levitt, 2004; Glick Schiller, Basch, Blanc-Szanton, 1992, 1994).

A partire dalla fine degli anni Ottanta, i percorsi di mobilità delle donne dalle periferie del mondo verso l'Europa e gli Stati Uniti hanno assunto una posizione centrale negli studi sulle migrazioni (Morokvasic, 1983; Hondagneu-Sotelo, Avila, 1997; Parrenas, 2001; Eherenreich, Hochschild, 2004; Pessar, Mahler, 2006; Baldassar, Merla, 2016). Numerosi ricerche hanno da tempo analizzato i flussi migratori femminili provenienti dai paesi dell'America latina che intorno alla fine degli anni Novanta, si sono sempre più indirizzati verso i paesi europei come Italia, Spagna, a seguito della crescente domanda di manodopera nel settore dell'assistenza domestica e di cura e in relazione ad una grave crisi economica, effetto di politiche neoliberiste, che interessa i paesi di origine (Lagomarsino 2006; Pagnotta 2010, 2013; Pedone 2002, 2014, Herrera 2007, 2003, Queirolo Palmas 2006, Scrinzi 2016, Bonizzoni 2009, Lagomarsino e Castellani 2016, Boccagni 2009). La letteratura sottolinea che spesso

le prime a partire sono prevalentemente giovani donne, appartenenti ad una classe medio bassa impoverita dalla crisi economica, con livelli di istruzione medio alti. Le donne in questo caso si costituiscono come le teste di ponte della catena migratoria ma nell'arco di poco tempo attivano percorsi di ricongiungimento familiare definendo quindi le caratteristiche di questo tipo di migrazione come una migrazione familiare più che propriamente femminile. Benché a livello nazionale i migranti provenienti dall'America latina non siano tra i gruppi più rappresentati, la situazione cambia significativamente se guardiamo i dati a livello locale. Si osservano, infatti, alte concentrazioni in specifiche città soprattutto Genova e Milano. (Ambrosini, Queirolo Palmas, a cura di, 2005, Queirolo Palmas, Torre, 2005; Torre, 2001, Scrinzi, 2010). In particolare, si tratta di donne provenienti dall'Ecuador e dal Perù che si inseriscono come collaboratrici domestiche e nel settore della cura agli anziani. Infatti, nella città di Genova, a partire dalla metà degli anni '90, a seguito della diminuzione delle nascite e dell'innalzamento dell'aspettativa di vita, si assiste ad un processo di invecchiamento della popolazione. La carenza di progetti e risorse per il welfare, i costi elevati per i servizi di cura privati, l'inserimento delle donne italiane nel mercato del lavoro, in particolare a seguito della crisi economica del 2008, hanno prodotto una crescente richiesta di personale nell'ambito della cura e dell'assistenza familiare.

2.2 L'immigrazione straniera in Italia

Prima di affrontare la riflessione sulle migrazioni latinoamericane è importante riprendere alcuni elementi salienti delle migrazioni in Italia dove anche flussi dal sud America hanno trovato, negli ultimi decenni, un posto significativo. Attualmente la presenza della popolazione straniera ha assunto un ruolo strutturale all'interno del nostro sistema sociale[10]. Diversamente da altri paesi europei, il fenomeno dell'immigrazione straniera in Italia è un fatto relativamente recente. Mentre in Francia, già a partire dagli anni '50, si registra il primo flusso consistente di immigrati provenienti dalle ex colonie, in Italia, soltanto negli anni '70, si attesta l'ingresso di migranti provenienti da Paesi europei. Si tratta di un numero limitato di persone (circa 150.000) appartenenti a specifiche categorie di lavoratori, in particolare braccianti e operatrici familiari[11]. Nel periodo compreso fra il Secondo Dopoguerra e primi anni Settanta, la migrazione è interpretata in relazione al sistema di sfruttamento del capitalismo internazionale facendo riferimento ad un meccanismo di sostituzione: i migranti sono oggetto di politiche di reclutamento da parte dei Paesi Occidentali in qualità di forza lavoro non

[10] Cfr. in particolare, il Dossier Statistico Immigrazioni 2019; Fondazione ISMU Venticinquesimo Rapporto sulle migrazioni 2019

[11] Dossier Statistico sulle Migrazioni 2019. Centro Studi e Ricerche IDOS.

qualificata, a basso costo, necessaria per lo sviluppo delle economie avanzate (Castles, Kosack, 1973).

Nel corso degli anni Settanta, gli Stati riceventi promuovono politiche di chiusura dei confini in concomitanza con le trasformazioni che interessano l'economia globale contrassegnata dalla crisi del petrolio e dal passaggio ad un sistema post-fordista del lavoro (Castles, Miller, 1993). A partire dalla crisi petrolifera del 1973 e in relazione alle misure protezionistiche attuate dai paesi europei di antica immigrazione (Francia, Germania, Belgio), i flussi migratori interessano in modo rilevante l'Europa del Sud, in particolare Italia, Spagna, Grecia. Durante gli anni '60 e '70, nel territorio italiano, aumenta la presenza di cittadini stranieri provenienti dai Paesi non Occidentali. Nel corso della metà degli anni Ottanta, la situazione si rovescia: l'Italia da paese di emigrazione diventa meta privilegiata di migranti stranieri[12].

Negli anni Novanta, con lo sviluppo della globalizzazione neoliberista vengono messe in atto nuove forme di sfruttamento del lavoro migrante rafforzando "logiche di restrizioni e chiusure all'ingresso, forme di governo, disciplina ed esclusione verso donne e uomini, famiglie e reti di migranti presenti sul territorio" (Pinelli, 2019: 88). Nel 1991 l'ISTAT rileva la presenza di 922.000 stranieri provenienti da paesi a forte pressione migratoria: Marocco, Jugoslavia, Tunisia[13]. Si tratta soprattutto di uomini soli, in cerca di lavoro che fuggono da situazioni di conflitto o di crisi economica e sociale. Nel tentativo di regolare il fenomeno dell'immigrazione, considerato un evento complesso, inaspettato e incomprensibile, nel 1986 viene emanata la prima legge sull'immigrazione: la legge Martelli[14]. Fino a quel momento, infatti, la normativa adottata faceva riferimento a disposizioni del governo fascista (Testo Unico sulla pubblica sicurezza del 1930). Nel corso degli anni Novanta, Nina Glick Schiller, Linda Basch, Cristina Blanc Szanton (1992, 1994) proposero una nuova prospettiva per lo studio delle migrazioni: il transnazionalismo. Questo nuovo approccio mostra il ruolo attivo dei migranti nello "sviluppare e mantenere multiple relazioni familiari, economiche, sociali, organizzative, religiose e politiche che si estendono oltre i confini" (1992: 1). Nello studio sulle migrazioni viene introdotto il punto di vista del migrante concentrando l'analisi sulle pratiche sociali messe in atto fra luoghi d'approdo e d'origine, fra l'ordine economico mondiale, le trasformazioni del capitalismo e le disuguaglianze prodotte. Negli anni Novanta, come ricordano Barbara Ehrenreich e Arlie Hochschild (2004), la componente femminile è maggioritaria ma non viene analizzata negli studi sulle migrazioni: le donne risultano invisibili in base ad un pregiudizio androcentrico dominante anche nelle scienze sociali. Infatti, la presenza di donne provenienti dall'America Latina, dall'Asia,

[12] Dal 1988 al 2018 si attesta un saldo migratorio sempre positivo (ISTAT).
[13] Cfr. Venticinquesimo Rapporto sulle migrazioni 2019. Fondazione ISMU.
[14] Legge n.943 del 31.12.1986.

dall'Europa dell'Est è numericamente rilevante e in continuo aumento, legata alla richiesta di collaboratrici domestiche negli Stati Uniti e in Europa Occidentale.

Attualmente, i dati ISTAT 2018 raccolti nel Dossier Statistico sulle migrazioni mostrano i primi paesi di provenienza dei cittadini stranieri residenti in Italia: Romania, Albania, Marocco, Cina, Ucraina. Rispetto agli anni Novanta, il recente flusso di migranti presenta fattori causali e forme completamente diverse: da un lato si osserva l'aumento della pressione migratoria a causa di conflitti, persecuzioni politiche e religiose, l'incremento delle condizioni di precarietà socio-economica che determinano la partenza di migranti dall'Africa Sub-sahariana e dal Medio Oriente; dall'altro si riducono i canali di ingresso regolari. Il Dossier sottolinea il progressivo radicarsi della popolazione straniera che si riflette nell'aumento delle acquisizioni di cittadinanza italiana. Diversamente rispetto alle percezioni e alle retoriche diffuse sull'invasione che presentano la crescita della popolazione straniera come una minaccia per la sicurezza nazionale, dal Dossier emerge che, nel corso del 2018, anche a causa di un calo costante delle nascite, la crescita della popolazione straniera risulta molto contenuta. A fronte di dinamiche di stabilizzazione e di radicamento nel paese, emergono politiche e processi sociali di esclusione e discriminazione che non riconoscono il ruolo strutturale dell'immigrazione. Come si evidenzia nel Dossier esistono, infatti, dinamiche di esclusione nell'accesso ai servizi e al welfare: rispetto agli italiani, la maggioranza dei migranti non possiede una casa di proprietà; gli alunni stranieri non continuano gli studi dopo l'età dell'obbligo diversamente dalla maggioranza degli italiani; la retribuzione media è molto inferiore rispetto agli italiani e circa un terzo dei lavoratori stranieri è sovra-istruito[15].

2.2.1 L' immigrazione latinoamericana in Italia

A partire dalla metà degli anni '90, l'Italia e la Spagna diventano mete privilegiate della migrazione dall'America Latina. Tra la popolazione migrante del Sud America, le principali nazionalità di provenienza sono Ecuador e Perù. Come emerge dalla tabella 1 si registra un continuo aumento delle presenze latinoamericane e allo stesso tempo, se osserviamo il valore percentuale, dal 2005, si attesta una riduzione in rapporto agli ingressi di cittadini non comunitari.

Tabella 1: Popolazione residente in Italia proveniente dal Sud America: le prime sei nazionalità

	2005	**%**	**2010**	**%**	**2015**	**%**	**2019**	**%**
Ecuador	53378	2.2	85940	2	91259	1.8	97128	1.8
Perù	53220	2.2	87742	2	109668	2.1	79249	1.5
Brasile	25823	1	44067	1	42587	0.8	59690	0.9

[15] Dossier Statistico sulle Migrazioni 2019. Centro Studi e Ricerche IDOS.

Repubblica dominicana	15286	0.6	22920	0.5	28804	0.5	29584	0.5
Cuba	11363	0.4	16878	0.4	19999	0.4	22273	0.4
Colombia	15843	0.6	19573	0.4	19618	0.3	18375	0.3

Fonte: dati ISTAT, elaborazione propria

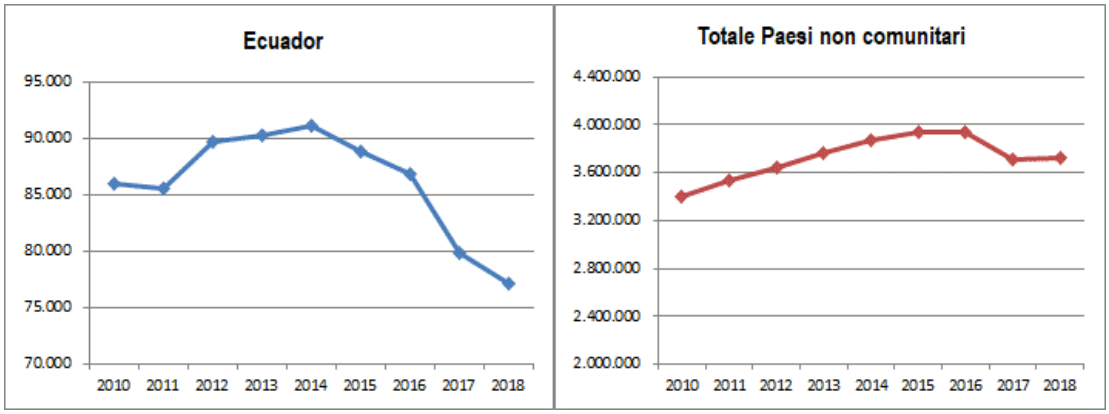
I dati ISTAT riguardo all'istruzione della popolazione latinoamericana mostrano un livello medio alto che non coincide con un riconoscimento degli studi effettuati in patria. La maggior parte dei migranti ecuadoriani (52%) possiede un titolo di secondaria di secondo grado mentre circa la metà della popolazione migrante (45%) lavora nei servizi alla persona[16]. Ciò comporta un processo di declassamento sociale che condiziona le pratiche e incide sulla percezione di sé.

Nel periodo 2010-2018, a livello nazionale, l'andamento della popolazione migrante ecuadoriana si può distinguere in due fasi distinte: dal 2010 al 2014 si registra una crescita continua nelle presenze, al contrario, negli ultimi quattro anni si attesta una notevole riduzione[17]. Tale valore può essere interpretato in relazione alla diminuzione degli ingressi, legata all'introduzione di normative restrittive nel rilascio del visto e in relazione all'incremento del numero di acquisizioni della cittadinanza.

Grafico 2: Andamento della presenza di cittadini della comunità di riferimento e dei cittadini stranieri non comunitari regolarmente presenti in Italia (2010-2018)

[16] Se si osservano i dati a livello nazionale, le donne ecuadoriane disoccupate sono il 18% mentre le donne lavoratrici sono il 55%. Fra le peruviane il 45% lavora nell'ambito dei servizi sociali e alla persona, mentre il 21% è impiegato nel settore dell'industria. Istat 2018.

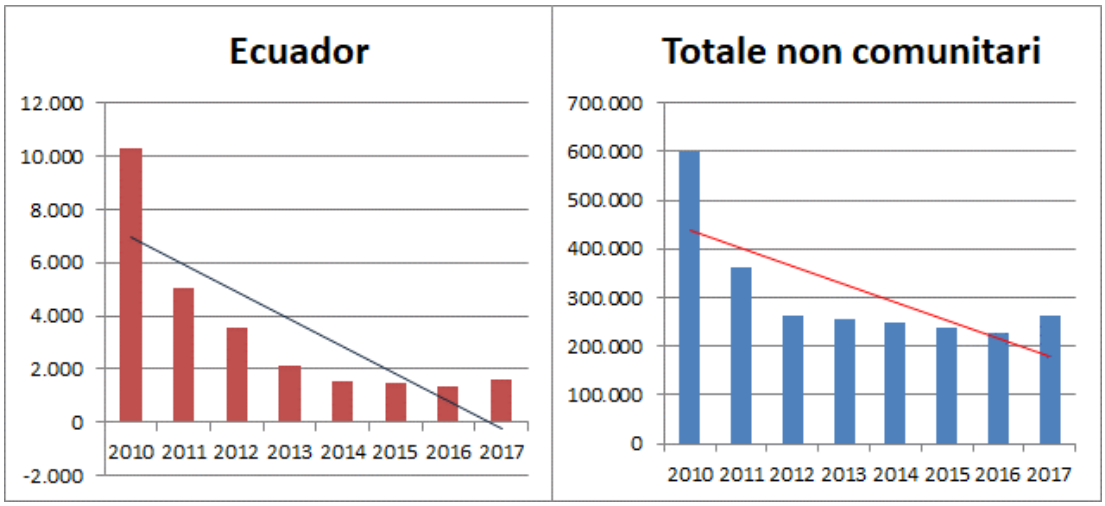
[17] I dati ISTAT mostrano una riduzione complessiva delle presenze nel periodo 2010-2018 pari a 86.000. Inoltre, un calo significativo pari a 2786 unità è stato osservato tra 2017 e 2018.



Fonte: Ministero del lavoro e delle politiche sociali, elaborazione su dati ISTAT 2018.

Per comprendere il processo di stabilizzazione della popolazione migrante ecuadoriana, è interessante osservare i dati relativi all'acquisizione di cittadinanza e al rilascio dei documenti di soggiorno. In merito al titolo di soggiorno, il 75% degli ecuadoriani possiede un permesso di soggiorno di lungo periodo di cui la maggior parte per motivi familiari. Nel 2013, si registra un aumento esponenziale nelle concessioni di cittadinanza sia per motivi di residenza che per trasmissione o elezione. Dal 2017 per la prima volta in dieci anni si segnala una diminuzione nelle acquisizioni di cittadinanza pari al 26% a causa di una riduzione nelle richieste per residenza e per trasmissione dei genitori o elezione mentre sono in aumento le richieste per matrimonio.

Grafico 3: Permessi di soggiorno rilasciati a cittadini non comunitari per cittadinanza. Serie storica 2010-2017

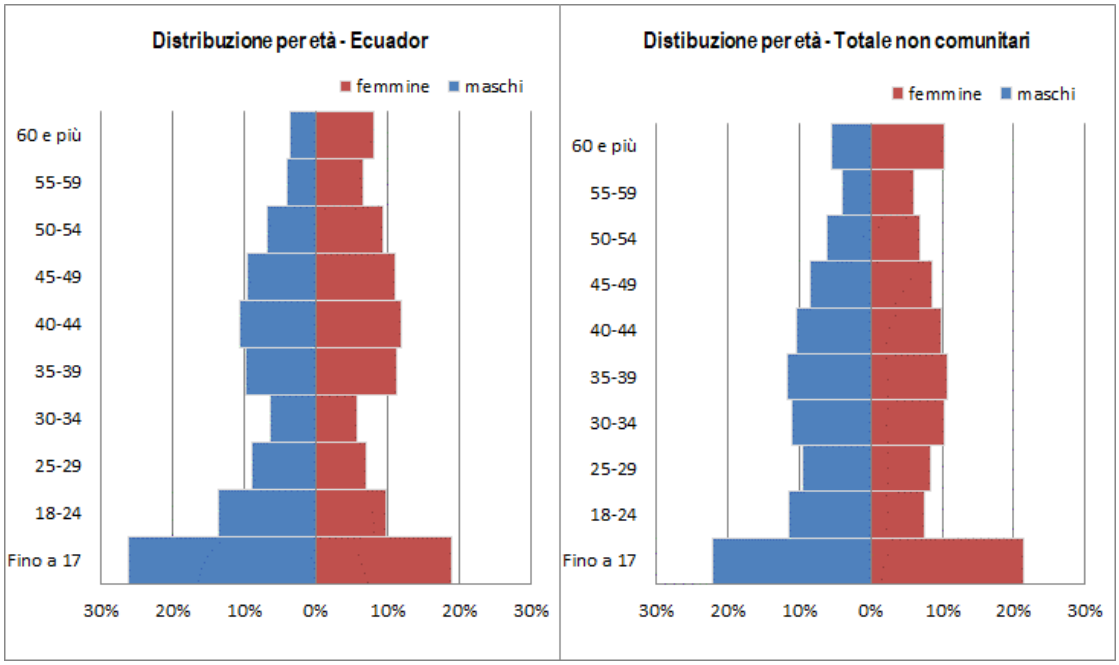


Fonte: Ministero del lavoro e delle politiche sociali, elaborazione su dati ISTAT 2018.

Come emerge dal grafico n.4, benché le donne rappresentino il primo anello della catena migratoria, in poco tempo vengono attivate procedure di ricongiungimento che favoriscono l'ingresso di giovani uomini e minori. Infatti, la presenza ecuadoriana in Italia presenta tre caratteristiche particolari: la

componente femminile è maggioritaria (57%), prevalgono i giovani under 30 (41%) e sono presenti numerosi minori a seguito delle procedure di ricongiungimento familiare[18]. La dimensione familiare è centrale nella migrazione latinoamericana e assume un ruolo fondamentale rispetto a processi di stabilizzazione sul territorio. Dall'indagine del Ministero del Lavoro emergono le molteplici le forme familiari adottate dalla popolazione migrante ecuadoriana: il 47% sono famiglie senza figli, il 46% sono famiglie con uno o due figli, il 7% delle famiglie è composto da 3 o più figli.

Grafico 4: Distribuzione per classe d'età e genere dei cittadini regolarmente presenti appartenenti alla comunità e al totale stranieri non comunitari. Dati al 1° gennaio 2018

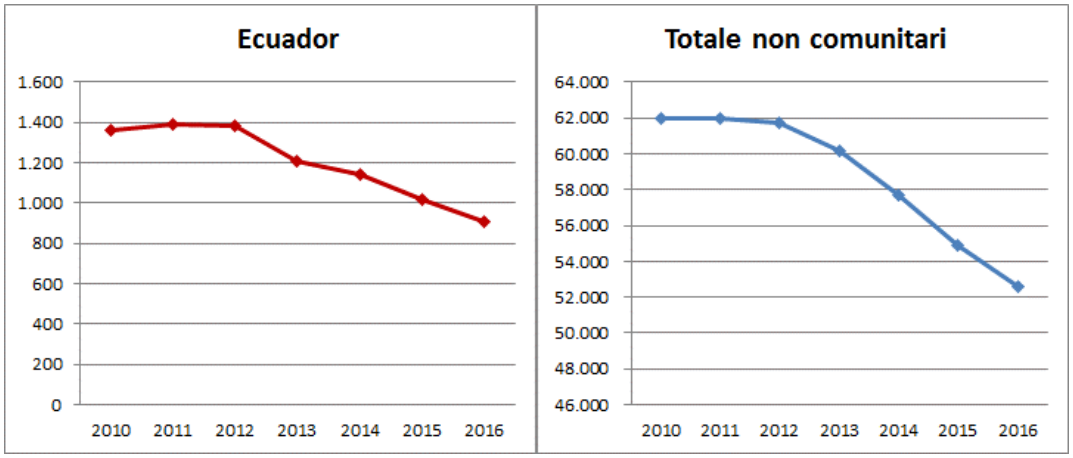


Fonte: Ministero del lavoro e delle politiche sociali, elaborazione su dati ISTAT 2018.

È interessante sottolineare che, anche rispetto alle nascite, dal 2010 si assiste ad una inversione di tendenza nell'andamento della fertilità della popolazione migrante latinoamericana: dal 2012 si osserva una lieve riduzione nel numero dei nati che diventa significativa a partire dal 2013. A livello nazionale, tra il 2010 e il 2016 i nati da donne di origine ecuadoriana si riducono del 33%, una differenza di 452 unità.

Grafico 5: Stima dei nati stranieri per comunità di riferimento e totale dei non comunitari. Serie storica 2010 – 2016.

[18] Infatti i minori rappresentano il 22% del totale ma sono in calo del 5,8% rispetto al 2017 (Report del Ministero del Lavoro, 2018).



Fonte: Ministero del lavoro e delle politiche sociali, 2018 elaborazione su dati ISTAT.

Nel rapporto sulle migrazioni del Ministero del Lavoro[19], la riduzione delle nascite rappresenta una scelta autonoma e consapevole delle donne legata a motivi di lavoro: "è evidente che tale pratica è la conseguenza della diffusione di un progetto migratorio in cui le donne lavorano e mostrano una minor propensione a fare figli in Italia. È il caso di peruviane ed ecuadoriane che hanno alti tassi di occupazione, prevalentemente nei servizi alle famiglie". Se si osserva il tasso di fertilità generale in Ecuador è evidente la presenza di un processo di riduzione delle nascite che si sviluppa nello stesso periodo (Tabella 6). A livello provinciale, la natalità si riduce progressivamente mentre il tasso di fertilità rimane invariato nelle aree rurali, in particolare nella regione Amazzonica (INEC, ENSANUT, 2019).

Tabella 6: Tasso di fertilità in Ecuador dal 2010 al 2018

	Tasso di fertilità
2010	2.6
2015	2.5
2018	2.2

Tabella 7: Tasso di fertilità 2018: confronto fra zone urbane e rurali

[19] "La Comunità ecuadoriana in Italia. Rapporto annuale sulla presenza dei migranti". Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, 2018. Dati ISTAT.

	Nazione	Zone urbane	Zone rurali
Tasso di fertilità	2.2	2.1	2.5

Tabella 8: Tasso di fertilità per provincia dal 2010 al 2018

	2010	2012	2018
Provincia di Quito (Pichincha)	2.2	2.2	1.9
Regione Amazzonica (Morona Santiago)	4.7	4.4	3.7

Fonte: Instituto Nacional de Estatistica y Censos- Enquesta Nacional de Salud y Nutricion, 2018

2.2.2 Il contesto genovese

Secondo numerosi studi condotti nel contesto genovese (Queirolo Palmas, 2002; Queirolo Palmas, Torre, 2005; Ambrosini, Queirolo Palmas, 2005; Lagomarsino, 2006, 2007; Castellani, 2016), l'inizio degli anni Ottanta coincide con un processo di ristrutturazione industriale che favorisce l'inserimento di manodopera straniera nelle aziende presenti sul territorio. In questo periodo, la popolazione straniera è composta soprattutto da migranti provenienti dal Magreb che si insediano nel cuore antico della città: il Centro Storico. Nel corso degli anni '90, in relazione ai cambiamenti politici, economici e sociali che interessano le zone di partenza dei migranti, si nota una notevole crescita della presenza straniera. In particolare, il crollo dei regimi comunisti e la guerra nei Balcani spingono molti a partire dalla ex-Jugoslavia e dall'Albania verso il nostro Paese. Inoltre, le crisi economiche prodotte dalle politiche neo-liberali che, negli anni Novanta, hanno colpito i Paesi del Sud America favoriscono l'affermarsi di un flusso migratorio prima dal Perù e in seguito dall'Ecuador (Ambrosini, Torre 2012; Ambrosini, Abbatecola 2010; Boccagni, 2009; Boccagni, Lagomarsino, 2011; Lagomarsino, Torre, 2007). Alcune ricerche mettono in evidenza i cambiamenti che interessano da due decenni il contesto genovese caratterizzato da una crescita costante della popolazione migrante residente: dal 2002 al 2011 le presenze straniere subiscono un incremento pari al 184% (Ambrosini, Torre, 2012).

I dati raccolti nel Dossier Statistico Immigrazione 2019[20] evidenziano nel contesto ligure la presenza di un'immigrazione stabile e radicata, contrariamente alle percezioni diffuse fra la popolazione. Infatti, dal 2012 non si registrano variazioni significative nel numero di ingressi annuali che si

[20] Redazione regione Liguria: Deborah Erminio, Andrea T. Torre, Centro Studi Medì.

mantiene intorno alle otto mila unità[21]. Occorre sottolineare che si tratta di una variazione moderata se paragonata al periodo 2010-2011 in cui si registrò una crescita annua del 7%. Attraverso un approccio demografico al fenomeno delle migrazioni, è possibile notare l'incremento di squilibri intergenerazionali che hanno un impatto negativo sul sistema economico regionale. Infatti, nonostante il valore assoluto dei nati da genitori stranieri sia in aumento rispetto al 2017, il tasso di natalità rivela una riduzione nelle nascite della popolazione migrante. Pertanto l'immigrazione, diversamente dalle retoriche politiche, non sembra risolvere le problematiche legate al calo demografico. Il quadro statistico in Liguria evidenzia un profilo di stabilizzazione della popolazione straniera in opposizione all'idea diffusa di un'invasione da parte della popolazione migrante.

Nel contesto genovese la popolazione migrante è composta in prevalenza da donne[22], in aumento costante dal 2008 al 2012[23]. Nel corso degli ultimi 5 anni, i dati evidenziano un progressivo calo delle presenze straniere nel territorio genovese che viene attribuito a diversi fattori: incremento nel numero di figli nati da matrimoni misti, acquisizione di cittadinanza, ritorni, difficoltà legate all'ingresso in Italia per l'obbligo del rilascio del visto[24].

Dal 1999 nella città di Genova il gruppo ecuadoriano si attesta come la nazionalità più numerosa fra la popolazione straniera residente. Ancora oggi, la prima minoranza straniera è quella ecuadoriana seguita da Albania, Romania, Marocco. Nel 2018, i latinoamericani residenti rappresentano il 44,5% degli stranieri, di cui la maggior parte sono di nazionalità ecuadoriana (74%) e peruviana (12%), mentre una piccola percentuale comprende cittadini di origine colombiana e domenicana (2%.). Come emerge dai dati ISTAT, la popolazione ecuadoriana in Italia è distribuita prevalentemente nelle zone urbane del Nord Italia, in particolare in Lombardia, Liguria. Si riscontra una presenza rilevante nelle città di Milano e Genova.

Tabella 9. Stranieri residenti a Genova: le prime sei nazionalità.

	2000	**%**	**2004**	**%**	**2010**	**%**	**2015**	**%**	**2018**	**%**
Ecuador	3048	18,1	10368	34.1	16753	33.2	17391	30.9	13509	29.7

[21] Nel 2018 si registra una crescita del 3.3% rispetto al 2017 e del 5.7% dal 2013.
[22] Le donne sono 29046 su un totale di 56279. Cfr. Castellani, 2016.
[23] Nel 2008 sono presenti 18463 donne (42744 totale stranieri), nel 2012 diventano 22290 (su 57263 stranieri). ISTAT
[24] Annuario 2018, Comune di Genova, dati ISTAT.

Albania	1099	6.5	2883	9.5	5387	10.7	6589	11.7	5936	26.3
Romania	220	1.3	791	2.6	3743	7.4	4911	8.7	5234	9.3
Marocco	2128	12.6	2746	9	3807	7.6	3742	6.6	4240	7.5
Cina	588	3.5	995	3.3	1637	3.2	2498	4.4	2510	4.4
Perù	1333	7.9	1955	6.4	2772	5.5	2909	5.1	2199	3.9
Totale str.	16857		30377		50415		55071		56279	

Fonte: dati ISTAT, Comune di Genova, elaborazione propria.

La popolazione latinoamericana è composta da circa 7600 donne di origine ecuadoriana e 1300 provenienti dal Perù. In base alle classi di età, circa la metà della popolazione femminile ecuadoriana ha un'età compresa tra 20 e 44 anni, la maggior parte delle migranti ha tra i 35 e 39 anni. Riguardo alla popolazione peruviana, in prevalenza si tratta di donne fra 35-39 anni. Secondo l'ISTAT, dal 2011 al 2017, i matrimoni fra la popolazione migrante latinoamericana registrano una lieve diminuzione[25] soprattutto nei matrimoni religiosi. In merito alla distribuzione dei latinoamericani nel territorio genovese si riscontra una concentrazione di ecuadoriani nella zona di Sampierdarena e nelle zone periferiche situate in direzione dell'entroterra ligure, molti vivono della zona del medio ponente e pochi sono residenti nel Centro Storico[26].

2.3 Le migrazioni ecuadoriane: il contesto di partenza

Il fenomeno migratorio attuale si colloca all'interno di un processo storico e riflette le trasformazioni avvenute della società ecuadoriana durante il Novecento. Per cogliere le complessità del fenomeno, occorre applicare un doppio sguardo, ovvero concentrare l'analisi sia nel contesto di origine che nella società di destinazione attraverso una prospettiva storica e transnazionale che si focalizza in modo particolare sulle pratiche e sulle narrazioni dei migranti, con l'obiettivo di evidenziare il rapporto fra migrazione e identità individuale, gruppo sociale e nazione (Ambrosini, Queirolo Palmas, 2007; Herrera, 2003, 2012; Queirolo Palmas, Torre, 2005; Pagnotta, 2010; Pedone, 2002, 2008, 2014; Lagomarsino, 2006, 2014; Boccagni, 2009; Boccagni, Lagomarsino, 2011).

[25] Nel 2011 sono stati effettuati 1421 matrimoni mentre nel 2017 se ne registrano 1341.
[26] In base ai municipi, per gli ecuadoriani, si riscontra una presenza maggiore nel municipio di Genova centro ovest 4014, Genova Valpolcevera 2275, Genova bassa val Bisagno 1746, Genova medio ponente 1713 e ponente 373, Genova centro est e centro storico 1575. I peruviani abitano nella zona del municipio della bassa val Bisagno 465, Genova centro ovest 389, Genova centro est 373. Annuario 2018, Comune di Genova.

Per comprendere il fenomeno della migrazione ecuadoriana sviluppato a partire dagli anni Novanta con caratteristiche peculiari rispetto ai flussi precedenti, occorre considerare il quadro socio-economico del paese di origine. Nonostante siano molteplici i fattori che spiegano tale flusso, la situazione socio-economica rappresenta una premessa necessaria per accedere ad una interpretazione più profonda del fenomeno migratorio (Acosta, 2005, Ambrosini, Queirolo Palmas, 2007). A seguito della crisi petrolifera del 1973 e in relazione ad una progressiva caduta nel prezzo del petrolio, il governo ecuadoriano propone di attuare politiche di liberalizzazione economica che aggravano le condizioni degli strati più deboli della popolazione provocando un aumento della migrazione interna dal contesto rurale. Dal 1997 al 2000 l'Ecuador ha attraversato una delle crisi più gravi del secolo appena trascorso contrassegnata da un rapido impoverimento della popolazione e da una caduta rapida del PIL. Nel 1999 la situazione economica si aggrava e le misure prese dal governo incidono pesantemente anche sulla classe media: viene autorizzato il blocco dei depositi bancari e imposto un limite nei prelievi di denaro contante pari a 550 dollari. Inoltre, si sospende il pagamento degli stipendi ai dipendenti statali. Nel 2000 il governo ecuadoriano decide di sostituire la moneta nazionale il Sucre con il dollaro per impedire l'eccessivo e incontrollato aumento dell'inflazione.

Si tratta di considerare che "la crisi di carattere sistemico degli anni 1997-2000 si può leggere come conseguenza di tre crisi: economica, politico-istituzionale e sociale" (Acosta, 2005:87). Infatti, diversi studi sottolineano il ruolo determinante assunto da fattori economici legati alla finanza internazionale che si combinano con dinamiche politiche interne contrassegnate da forme di clientelismo, corruzione, interessi privati e corporativi (Cfr. Gomez Ciriano, 2001; Acosta, 2005). Le azioni promosse dal governo nazionale vengono duramente criticate in quanto non si propongono di tutelare gli interessi e i diritti di tutti i cittadini, ma solo di alcuni potenti. Alcuni studi sottolineano da un lato, la presenza di dinamiche che portarono ad uso parassitario dello Stato (Andrade, 1999), considerato dalle élite come strumento privato di controllo sociale e politico, dall'altro emergono fattori congiunturali che si combinano con le forze economiche esterne e le dinamiche politiche interne: risorse pubbliche impiegate per finanziare le spese militari adoperate nel conflitto con il Perù; gravi conseguenze sul settore agricolo provocate dal fenomeno del Nino; crollo del prezzo del petrolio e delle esportazioni; l'incremento del debito estero.

2.3.1 Le migrazioni contemporanee e la nuova migrazione verso l'Europa del Sud

In Ecuador la tradizione migratoria è antica e risale alla fine dell'800. Infatti, i primi movimenti si verificarono all'interno del paese stesso: i lavoratori della Sierra scendevano verso la Costa per

trovare lavoro nelle piantagioni di cacao[27]. È possibile distinguere tre modelli di migrazioni interne: gli spostamenti della popolazione indigena dalla Sierra alla Costa definitive o per occupazioni stagionali; il trasferimento verso l'Oriente di coloni residenti nelle zone della Sierra e della Costa; le migrazioni campagna-città in particolare verso Quito, Guayaquil e Cuenca. Nel corso del Novecento, l'ingresso dei paesi latinoamericani nel mercato globale e il passaggio ad una economia di esportazione producono un incremento delle migrazioni interne verso le aree urbane. A partire dagli anni '50, si registra un movimento di "metropolizzazione bicefala" favorito dalla riforma agraria del 1964 che stabilisce l'abolizione del latifondo (Cfr. Chiaramonti 1992). Tale fenomeno consiste nell'afflusso di manodopera ormai ritenuta eccedente dal contesto rurale verso i centri urbani in particolare Quito e Guayaquil.

Benché i primi movimenti si verificarono già all'inizio del XX secolo, la migrazione verso altri stati dell'America Latina e gli Stati Uniti si afferma come flusso rilevante intorno agli anni '50 e '60. Soltanto a partire dagli anni Settanta, i dati statistici attestano la prevalenza di una migrazione di tipo internazionale. In base all'analisi proposta da diversi studi sulle migrazioni ecuadoriane (Jokisch, 2001, Jokisch e Pribilsky, 2002; Borrero, 1992; Herrera e Martinez, 2002; Kyle, 2000; Ibarra, 1992, Ramirez, 1998), si possono distinguere tre periodi principali: dalla fine degli anni '50 fino agli anni '70 si registra il primo esodo migratorio ecuadoriano dalle zone di Azuay e Canar verso gli USA originato dalla crisi nella produzione dei cappelli di paglia. Negli anni '50 i primi a partire sono i produttori industriali che grazie ai contatti commerciali stabiliti con gli USA si configurano come emigranti pionieri (Kyle, 2000). In seguito, oltre alla popolazione urbana, cominciano ad emigrare anche gli abitanti delle zone rurali e in misura minore gli indigeni (Herrera, Martinez, 2002). I primi a partire sono giovani uomini attratti dalle possibilità di lavoro secondo una dinamica che si inserisce all'interno di un sistema di relazioni economiche e sociali che legano la Sierra Ecuadoriana alla città di New York (Jokisch, 2001). Nel corso di un decennio, il flusso di migranti ecuadoriani si consolida passando da 8574 unità nel 1959 a 34.107 migranti nel 1969[28].

Se inizialmente i flussi furono soprattutto maschili, in un secondo periodo, nel corso degli anni Novanta, si nota un incremento della presenza femminile, in particolare a seguito di ricongiungimento con il coniuge negli USA e in relazioni a fattori economici e sociali: crisi economica, desiderio di autonomia e indipendenza (Cfr. Lagomarsino 2006; Pagnotta 2010).

[27] Il territorio ecuadoriano è distinto in tre zone: Costa, Sierra e Selva o Oriente. La prima è la zona che si affaccia sull'Oceano Pacifico in cui si è concentrata la produzione agricola; la Sierra corrisponde alla parte attraversata dalla cordigliera delle Ande; la regione occupata dalla foresta Amazzonica prende il nome di Selva o Oriente.
[28] US census Bureau, cit. in Ramirez J. 2008.

In Ecuador "cruzar el charco"[29](Pagnotta 2010) indica il passaggio oltre l'Atlantico. A partire dal 1998 è l'espressione adottata per riferirsi alla migrazione verso l'Europa. Alla fine del Novecento, l'Ecuador si trasforma in un paese di emigrazione: a seguito della crisi economica e sociale legata all'introduzione di politiche neoliberali si verifica un incremento nella migrazione internazionale verso gli Stati Uniti e in seguito, verso la Spagna e l'Italia. Diversamente dal passato, il fenomeno migratorio recente è caratterizzato aumento delle partenze senza precedenti (Collettivo Ioè, 2006; Herrera, Ramirez, 2008). Infatti, la migrazione verso l'Europa del Sud coinvolge tutte le classi sociali, in particolare, la classe media che risulta la più colpita dalla crisi. A ciò si aggiunge il fatto che il fenomeno migratorio interessa per la prima volta nella storia le province della Costa in cui il numero di migranti partiti tra il 1999 e il 2000 è triplicato. A partire dal 1997 aumenta la presenza delle donne che migrano per prime come testa di ponte della catena migratoria e, oltre agli Stati Uniti, anche l'Europa (Spagna, Italia, Belgio) diventa meta privilegiata tra il 1999 e il 2000. In concomitanza con le trasformazioni sociali ed economiche che riguardano l'Europa, si assiste ad un cambiamento nella componente di genere nei flussi migratori. In particolare, il peggioramento della situazione economica, i processi di globalizzazione e la stratificazione mondiale del lavoro contribuiscono a configurare le donne come il primo anello della catena migratoria con la prospettiva dell'inserimento in nicchie lavorative specifiche (Herrera, Martinez, 2002).

Il fenomeno della migrazione latinoamericana in Italia e Spagna sembra essere stato favorito da fattori socio-economici e da elementi di carattere normativo: l'ingresso in Italia (fino al 2003) e in Spagna (fino al 2000) non prevedeva l'obbligo del visto diversamente dalle norme restrittive adottate negli Stati Uniti[30]; l'aumento della richiesta di manodopera a basso costo e poco qualificata nel settore domestico e di cura, nell'agricoltura e nell'edilizia. In questo caso, alcuni studi sul tema (Ambrosini, Queirolo Palmas, 2007; Lagomarsino, 2006; Lagomarsino, Torre, 2007; Pagnotta, 2010) mostrano come l'origine della migrazione in Italia si collochi nel passato che unisce la città di Genova a Guayaquil. Infatti, alla fine del Novecento, si registra la presenza della prima comunità di stranieri a Guayaquil composta da commercianti genovesi. Nel 2001 migrano dalla regione di Guayas (con capitale Guayaquil) 42703 persone mentre nel 1997 erano solamente 6263. Le mete principali scelte dai migranti sono: Spagna 40%, Stati Uniti 26%, Italia 17%. Inoltre, dalle zone centrali della città si sceglie di partire per Stati Uniti e Spagna mentre fra gli abitanti della zona Sud la meta privilegiata è l'Italia (Pagnotta, 2010).

[29] Attraversare lo stagno.

[30] In Spagna, fino alla legge del 2000, l'ingresso era facilitato ma esistevano criteri precisi per ottiene un permesso per turismo: il biglietto di ritorno, la disponibilità di mezzi finanziari sufficienti per il periodo di soggiorno, l'invito da parte di familiari o soggetti residenti in modo regolare. Cfr. Lagomarsino, 2006; Pagnotta, 2010; Castellani, 2016.

Tra le cause che concorrono a spiegare il fenomeno migratorio si possono individuare diversi fattori di ordine socio-culturale: la diffusione di una scarsa fiducia in un possibile miglioramento e della ripresa del paese, l'esistenza di rappresentazioni e immaginari sulla migrazione; la presenza di reti e catene transnazionali; la presunta prossimità culturale, linguistica e religiosa; (Ambrosini, 1999; Boccagni, 2009; Boccagni, Lagomarsino, 2011; Pedone, 2002, 2008; Herrera, 2003, 2005; Herrera, Ramirez, 2008; Castellani, 2016).

Una linea di ricerca sulle migrazioni latinoamericane in Italia e Spagna si concentra sul ruolo esercitato dalle rappresentazioni sociali rispetto alla società di arrivo nel favorire o ostacolare il progetto migratorio (Pedone, 2002; Mei, 2010; Ambrosini e Abbatecola, 2010). Pedone (2002) propone di considerare l'influenza economica, politica e militare degli Stati Uniti in America Latina e il modo in cui tali forze hanno favorito la costruzione di un immaginario collettivo che individua la migrazione verso i paesi del Nord come un'occasione vantaggiosa per superare la crisi economica e le difficoltà finanziarie. In questa prospettiva, la diffusione del "sueño americano" è una chiave per interpretare la forte migrazione verso gli Stati Uniti. Il nuovo flusso migratorio verso l'Europa prende campo successivamente alla riforma della legge sull'immigrazione, durante la metà degli anni Ottanta. In questo periodo, si consolida l'idea della pericolosità del viaggio verso gli USA per i costi e rischi elevati mentre si afferma la possibilità di un lavoro sicuro in Spagna e in Italia, in nicchie lavorative specifiche lasciate vuote dalle trasformazioni demografiche (calo demografico) e nel mercato del lavoro (inserimento lavorativo da parte delle donne italiane). Dall'indagine di Pedone (2002), emerge la funzione svolta dalle immagini prevalenti sulla vita in Europa create nel contesto di origine che contribuiscono a creare un "mito europeo". La circolazione delle informazioni viene veicolata dalle catene migratorie e dalle reti migratorie. La prima è composta dai membri del gruppo domestico distribuiti in diverse unità residenziali, si basa sul trasferimento di informazioni che assicurano il sostegno nella scelta di partire e nei modi di realizzare il viaggio. Le catene migratorie facilitano la mobilità transnazionale mediante aiuti finanziari, informazioni e sostegno per ottenere i documenti necessari. Con l'espressione rete migratoria si intende una struttura estesa composta da diverse catene migratorie che sviluppa una dinamica particolare in relazione alla società di destinazione. Si definisce in questo modo un circuito di reclutamento che esegue una selezione del migrante all'interno della società di origine in base alle caratteristiche della società di accoglienza (Decimo, 2005).

Nel contesto italiano, Mei (2010) prende in considerazione l'efficacia delle rappresentazioni simboliche che incidono nella scelta di migrare e risultano originate dall'intreccio fra visioni soggettive appartenenti al migrante e le rappresentazioni del migrante nella società di destino e di

origine. Focalizzandosi sulle tre fasi che formano il percorso migratorio fra partenza, arrivo e permanenza, l'analisi proposta sulle migrazioni latinoamericane a Genova, Mei (2010) mette in luce la continua negoziazione del progetto migratorio di partenza in relazione alla capacità dei contesti sociali di arrivo di favorire o ostacolare lo sviluppo di nuovi modelli di famiglia.

Nel discorso dominante diffuso all'interno del contesto di origine, la partenza assume la forma di un progetto lineare, definito nei termini di momento provvisorio che prevede una separazione di breve durata finalizzata allo svolgimento di un periodo di lavoro, per poi ricongiungere i familiari o ritornare in patria con un cospicuo guadagno. Il confronto con una realtà complessa rispetto alle aspettative spesso produce un senso di spaesamento e disorientamento, a cui segue una fase di rielaborazione delle aspettative e rappresentazioni iniziali che si conclude con il ripensamento di un nuovo immaginario sulla migrazione. In particolare, nel contesto di arrivo, il migrante deve affrontare situazioni di marcata criticità abitativa e lavorativa a cui non era preparato. Infatti, è assente una valutazione oggettiva delle possibilità e vengono tralasciate o minimizzate le eventuali difficoltà di inserimento sociale e lavorativo.

Nell'indagine etnografica condotta da Mei (2010), il periodo iniziale dell'esperienza di migrazione nel nuovo contesto di vita coincide con una presa coscienza dello scarto fra aspettative, desideri e la realtà. Infatti, in molti casi, le complicate condizioni lavorative (lavoro informale, periodi di disoccupazione, orari e mansioni pesanti) impediscono un ricongiungimento o un ritorno in tempi brevi. Ciò comporta una riflessione sul proprio ruolo all'interno della famiglia in movimento e implica una ridefinizione delle relazioni di genere e generazionali, un ripensamento sulla funzione genitoriale e sull'identità di genere. Il progetto migratorio iniziale viene rimodellato: da momento provvisorio diventa una permanenza di lungo periodo in vista di una riunificazione con i figli o in relazione alla creazione di una nuova famiglia. Il processo decisionale presuppone la condivisione di un immaginario che "sovrastima gli effettivi vantaggi ottenibili più che su una valutazione realistica e un calcolo obiettivo costi-benefici" (Mei, 2010: 154). Si tratta di una visione dominante che tende a idealizzare la migrazione riducendo gli svantaggi, veicolata dalle reti sociali e dalle catene migratorie. Come sostengono diversi studi (Pedone, 2002; Pessar, Mahler, 2006), la migrazione è il risultato di una scelta originata da un intreccio di fattori che comprendono le rappresentazioni collettive idealizzate, la volontà individuale e le strategie familiari.

Nella fase finale, il processo di rinegoziazione dell'immaginario creato in partenza sulla migrazione si compone da una parte di un desiderio di ritorno basato su una visione mitizzata e nostalgica della terra d'origine, dall'altra si nota il desiderio di un percorso strutturato nella società di destino. In questo scenario, il percorso migratorio si connota come un campo sociale transnazionale in cui emergono pratiche di vita doppie realizzate dai migranti latinoamericani attraverso i confini (Cfr.

Glick- Schiller, BAsch, Blanc-Szanton, 1992, Foner, Dreby, 2011, Vertovec, 2004; Bryceson, Vuorela, 2002).

2.4 Percorsi di mobilità femminile e ruoli di genere

Come evidenzia Morokvasic (1983), fino agli anni Settanta, negli studi sulle migrazioni le donne sono escluse dall'analisi: i soggetti migranti vengono considerati "unità senza sesso" (1983: 13). Le prospettive femministe hanno interpretato la migrazione delle donne sulla base del concetto di genere mettendo al centro le disuguaglianze prodotte dal capitalismo a livello globale, il razzismo e il sessismo, le gerarchie sociali fra donne migranti e occidentali (Foner, 1975; Scott, Tilly, 1975). L'approccio femminista alle migrazioni, sviluppato intorno agli anni '80, pone attenzione al ruolo delle donne rimanendo però ancorato a visioni stereotipate e riduzionistiche che "impediscono di cogliere le soggettività delle donne, le loro sfere di significato e azione" (Pinelli, 2019:114). Secondo la critica di Morokvasic (1983), infatti, nello studio sulle donne migranti è possibile distinguere diverse fasi: in un primo momento, si guarda con interesse la relazione fra donne e migrazioni nel tentativo di mostrare il ruolo centrale delle donne nel mondo sociale, economico e politico. L'immagine proposta risulta quella delle donne migranti come vittime, oggetto di oppressione nel contesto di origine, nella sfera domestica e nel mercato del lavoro nel paese ricevente. In seguito, le donne sono rappresentate come soggetti dipendenti privi di autonomia decisionale: i percorsi degli uomini determinano le traiettorie migratorie femminili. Successivamente, le donne si configurano come pioniere della migrazione. In questo caso, si pensa che, tramite la mobilità, le donne migranti raggiungano forme di emancipazione e l'accesso alla modernità. Ancora oggi, nel dibatto politico e mediatico, nel senso comune, è possibile notare la persistenza di tali rappresentazioni riduzionistiche e discriminatorie che interessano le donne migranti latinoamericane in Italia.

Il carattere femminile delle migrazioni non costituisce un fenomeno nuovo (Kofman, 2014; Kofman, Raghuram, 2006). Come nota Mirjana Morokvasic (1983, 1984), l'invisibilità delle donne all'interno dei processi migratori corrisponde al ruolo dominate esercitato da uno stereotipo di genere che individua la donna come economicamente inattiva e dipendente dall'uomo. Non si tratta di una questione numerica di presenze ma della pervasività di una prospettiva basata sul pregiudizio androcentrico: l'esclusione del femminile dallo studio delle migrazioni ha radici nel modello familiare patriarcale che assegna all'uomo il ruolo di principale sostegno economico del nucleo familiare. Nell'ambito della mobilità internazionale, in una prima fase, le prospettive femministe si focalizzano sul binomio donne e migrazioni nel tentativo di evidenziare il punto di vista delle donne

nell'esperienza migratoria. Tale approccio viene criticato in quanto si basa su una nozione di differenza sessuale fissa e innata che riproduce stereotipi e categorie analitiche, al contrario, occorre mettere in evidenza che l'ingresso delle donne migranti avviene in uno scenario post-crisi contrassegnato da dinamiche di ristrutturazione sociale. A seguito dell'ingresso delle donne nel mercato del lavoro, nel settore della cura si genera uno spazio lasciato vuoto che viene colmato dalle donne migranti provenienti dalle periferie del mondo.

In una seconda fase degli studi sulla migrazione, in corrispondenza con la seconda ondata del femminismo e dell'antropologia di genere, si sviluppa una critica alle categorie analitiche utilizzate, in favore di un nuovo approccio orientato ad evidenziare il legame fra l'organizzazione del sistema economico e i ruoli di genere. In particolare, Morokvasic (1983, 1984) propone una critica all'essenzialismo di genere negli studi sulla mobilità umana individuando tre obiettivi principali: scalfire "immaginari destoricizzanti", decostruire l'essenzialismo di genere; evidenziare la relazione reciproca fra genere e migrazioni. Hondagneu-Sotelo (2000) ricorda che le prospettive teoriche sulle migrazioni in questo periodo considerano il genere come una variabile strutturante le migrazioni e allo stesso tempo, il concetto di genere viene modellato dalla mobilità delle persone.

Questa linea di ricerca si focalizza sulle migrazioni femminili contemporanee come espressione di processi di ristrutturazione globale delle funzioni della riproduzione sociale. La crescente domanda di cura è legata alle trasformazioni socio-demografiche tra paesi che producono uno scarto fra lavoro di cura atteso e manodopera disponibile. Ciò determina una mobilitazione di lavoratrici straniere che accentua la divisione del lavoro di riproduzione sociale. Sassen (2000, 2010), Ehrenreich e Hochschild (2004), Parrenas (2004) mettono in luce gli effetti del processo di divisione internazionale del lavoro nel mercato dei servizi: le mansioni di cura alla persona sono dequalificate, la domanda è in continuo aumento, il settore dell'assistenza domestica e familiare è riservato alle donne straniere. La crescente domanda di colf e badanti ha origine in uno scenario contrassegnato dall'aumento del tasso di occupazione femminile nei paesi occidentali e da sistemi normativi che assegnano al femminile competenze nell'ambito della sfera domestica e di cura. In questo senso, le ricercatrici affermano che le donne occidentali possono dedicarsi alla carriera lavorativa senza che il maschile partecipi o assuma competenze in ambito domestico e di cura grazie alle donne straniere che si sostituiscono alle italiane.

Le ricerche condotte da Ehrenreich e Hochschild, (2004) e Parreñas, (2001) sostengono che i processi di segmentazione del mercato del lavoro, la contemporanea divisione e globalizzazione del lavoro domestico rappresentano una nuova forma di assoggettamento ed espropriazione di diritti e risorse delle donne migranti. In primo luogo, il lavoro di cura è socialmente svalorizzato, equivale ad un

lavoro servile in ambito domestico fondato su rapporti di tipo asimmetrico che si rifanno al modello dominante di superiorità del maschile. In questo modo, l'inserimento delle donne migranti nel lavoro domestico stabilisce e rafforza le disuguaglianze di genere, classe e razza. In secondo luogo, si tratta di un'espropriazione delle risorse affettive delle madri migranti che vengono trasferite dai destinatari legittimi ad altre persone nei paesi ricchi. Ciò determina una nuova forma di imperialismo: le donne straniere vengono separate dalla famiglia e dal contesto di origine per offrire amore e cura in contesti occidentali e, allo stesso tempo, le famiglie autoctone si appropriano di manodopera, materie prime e affetto delle donne migranti come capacità "naturali", espressione della cultura di cui sono portatrici. All'interno della cornice strutturalista, i processi di segmentazione del lavoro sono considerati centrali nell'indagine poiché mettono in luce i processi di inclusione subordinata che interessano la categoria delle donne migranti (Decimo, 2008).

Gli studi sulla mobilità delle donne mostrano l'accesso ad un mercato del lavoro segmentato che prevede la preclusione dei settori più qualificati mentre la richiesta è forte nei settori più bassi. Infatti, secondo il modello indicato da Kofman (2003) gli stranieri trovano lavoro nel settore delle 3 d, ovvero sono chiamati a svolgere mansioni in settori dirty, degrading, dangerous. Tale fenomeno è l'effetto di dinamiche discriminatorie indirette occultate da una visione distorta del migrante considerato adatto per "natura" al lavoro domestico, in cui esprime una "vocazione culturale" (Lagomasino, 2006: 37). L'analisi del rapporto fra donne migranti e mercato del lavoro implica la necessità di considerare le relazioni sociali di domino risultato della combinazione fra criteri di genere, classe ed etnia. In particolare, numerose ricerche mostrano il ruolo esercitato da dinamiche di razzializzazione e processi di categorizzazione sociale che incidono sull'inserimento lavorativo delle donne migranti. Kofman (2006, 2012, 2014) afferma che le donne migranti sono inserite nel lavoro domestico e di cura per effetto di dinamiche di razzializzazione che attribuiscono all'appartenenza culturale un ruolo determinante. Le dinamiche di gerarchizzazione interna del settore attribuiscono alle migranti il ruolo di donne esotiche e sottomesse configurando la presenza di un razzismo implicito. Inoltre, emerge il ruolo rilevante esercitato da processi di categorizzazione sociale. Mediante la costruzione di immagini stereotipate veicolate dal discorso politico e mediatico, le donne migranti sono viste come appartenenti ad un'unica categoria indifferenziata e stabile nel tempo.

Se il contesto europeo si configura come una meta privilegiata per le donne migranti che si inseriscono facilmente nel settore del lavoro domestico e di cura, allo stesso modo, in Italia, il lavoro di cura è il primo settore di impiego per le donne migranti latinoamericane a livello nazionale e locale. A partire dalla metà degli anni '90, nella città Genova, aumenta la richiesta di personale straniero nel settore domestico e di cura. Tale fenomeno è interpretato come conseguenza della combinazione di alcuni

fattori socio-economici: un processo di invecchiamento della popolazione, la carenza di progetti e risorse per il welfare, i costi elevati per i servizi di cura privati, l'inserimento delle donne italiane nel mercato del lavoro, in particolare a seguito della crisi economica del 2008.

Alcune etnografie sul tema delle migrazioni latinoamericane (Pedone, 2014; Marchetti, Cherubini, 2019; Lagomarsino, 2014; Pagnotta, 2010; Abbatecola, 2010) osservano la tendenza delle donne migranti ad inserirsi in nicchie di lavoro specifiche secondo il modello dell'integrazione subalterna (Ambrosini, 2010). Si tratta di spazi riservati alle donne migranti a causa di un processo segmentazione del lavoro dovuto alla terziarizzazione dei sistemi economici che contribuisce ad un aumento della flessibilità e segmentazione del mercato del lavoro. In questo modo, si creano lavori desiderabili solo dalle donne migranti che comprendono condizioni di lavoro precarie, salari bassi e scarsa valorizzazione sociale. A ciò si aggiunge il peso esercitato dalle politiche migratorie discriminatorie che considerano l'immigrato esclusivamente come forza lavoro faticando a riconoscere le necessità del migrante in un mercato del lavoro in trasformazione. Si tratta di una visione riduzionistica del fenomeno migratorio poiché si basa su un processo di costruzione della soggettività femminile migrante come inferiore per essenza, per natura. Il fenomeno dell'integrazione subalterna è il risultano dell'intreccio di diversi fattori: il carattere prevalentemente femminile delle migrazioni, la composizione e il ruolo delle famiglie migranti, i modi e le possibilità di inserimento lavorativo e sociale. Tuttavia, emerge la fragilità del modello di inclusione segmentata che non rende conto in modo adeguato del cambiamento nelle dinamiche di gruppo e delle trasformazioni nelle esigenze dei soggetti coinvolti in diversi ambiti (famiglia, scuola, lavoro) (Lagomarsino, 2010; Lagomarsino e Torre, 2007).

Nel caso delle donne migranti inserite nel settore domestico, le condizioni di lavoro precarie sono aggravate da un mancato riconoscimento del peso emotivo insito nel lavoro di cura e della professionalità offerta. Ciò contribuisce ad occultare i diritti fondamentali delle lavoratrici migranti e permette di non prendere in considerazione l'importanza della dimensione privata e affettiva (Vianello, 2009; Lagomarsino, 2006). Il quadro presentato si configura determinante per lo sviluppo di rapporti di lavoro basati sullo sfruttamento in cui non vengono garantiti i diritti fondamentali. Per molte donne migranti l'esperienza di lavoro consiste in relazioni totalizzanti ed esclusive che configurano un carico emotivo difficile da sopportare. Il lavoro domestico risulta l'occupazione prevalente, in particolare in un primo periodo, in quanto viene accettato come opportunità immediata di inserimento nella società di destinazione. Infatti, la possibilità di coabitazione con il datore di lavoro rappresenta una forma di guadagno e di risparmio. Tuttavia, in molti casi, risulta un lavoro difficile da mantenere proprio per le condizioni in cui si svolge. L'imposizione di ritmi e modi di

lavoro che non considerano la dimensione privata e affettiva del migrante rappresentano forme di costrizione della vita individuale. Per questi motivi, la regolarizzazione consente, in alcuni casi, il passaggio ad altre forme di lavoro (Ambrosini 2010). Inizialmente, la migrazione di donne sole dall'Ecuador verso l'Europa del Sud, in particolare Spagna e Italia, contribuisce allo sviluppo di una rappresentazione dei latinoamericani come popolazione affine per cultura e religione veicolata dai discorsi politici e mediatici. Allo stesso tempo, diversi studi evidenziano nella società di destino l'aspetto dinamico dei processi di rappresentazione simbolica (Queirolo Palmas, Torre, 2005). Se in un primo momento, in relazione ad un flusso migratorio prevalentemente femminile si diffonde lo stereotipo della donna mansueta che facilita l'inserimento lavorativo, successivamente con i ricongiungimenti familiari, l'arrivo dei figli e mariti viene percepito come una presenza turbolenta, problematica e aggressiva. L'indagine etnografica multisituata di Lagomarsino (2006, 2007) fra Ecuador e Genova, mostra inizialmente un percorso è facilitato da un'immagine positiva della donna migrante latinoamericana silenziosa, pacifica, poco visibile e destinata a specifici settori. All'interno di un processo di costruzione dell'identità migrante, la società di accoglienza assegna una posizione inferiore alle donne latinoamericane accettate solo in qualità di domestiche, senza prendere in considerazione i livelli di istruzione, le capacità e le competenze.

2.5 Le famiglie transnazionali

Numerosi approcci al fenomeno delle migrazioni contemporanee mettono in luce la necessità di adottare una prospettiva transnazionale "in cui il migrante è visto come un attore che si colloca simultaneamente fra due o più campi sociali, quelli rispettivamente della società di origine e di destino. Relazioni economiche, politiche, culturali e sociali si intrecciano tra i due versanti, grazie ai legami che i migranti mantengono" (Ambrosini, 2012, pag.7). La condizione di bi-focalità dei migranti si manifesta in donazioni, investimenti e oggetti che uniscono paese di provenienza e di accoglienza (Vertovec, 2004) e si compone dalle rappresentazioni dei migranti stessi rispetto al mondo e alla propria identità. Negli studi sulla mobilità internazionale delle donne, da più parti si sottolinea la necessità di applicare un approccio transnazionale che estende l'analisi oltre i confini dello stato-nazione rivolgendosi alle interconnessioni fra contesto di origine e di arrivo per evidenziare l'impatto prodotto nelle vite delle migranti (Baldassar, Gabaccia, 2011; Hondagneu-Sotelo, Avila, 1997; Hondagneu- Sotelo, 2001).

A partire dagli anni '80, un nuovo filone di ricerche si concentra sul ruolo delle donne negli spazi domestici e comunitari con l'idea che la posizione femminile si possa considerare non solo in

relazione alla situazione economica ma riguardi aspetti relativi al prestigio, al potere e all'autonomia. Tali ricerche propongono un'analisi dei contesti di vita facendo attenzione all'articolarsi fra le reti di relazioni e i circuiti sociali che comprendono la sfera familiare, la parentela e la comunità, tra paesi di provenienza e di destinazione in cui si veicolano risorse materiali e simboliche. Gli studi di Glick Schiller, Basch e Szanton Blanc (1992, 1994) sostengono che, per comprendere le pratiche transnazionali, sia necessario focalizzarsi sulla vita della famiglia transnazionale in cui la dispersione spaziale può produrre dinamiche di riorganizzazione della cura e può favorire dei cambiamenti nelle relazioni e nei ruoli di genere. Secondo Glick Schiller il nuovo paradigma del transnazionalismo "ha il potenziale di rendere visibili i processi storici e politici precedentemente oscurati" e di facilitare "l'analisi delle strutture di potere che legittimano l'ineguaglianza sociale" (2007: 449). Come rileva Pinelli (2019), questa prospettiva consente per la prima volta di evidenziare il punto di vista dei migranti portando alla luce i significati sociali attribuiti alle esperienze vissute, alle forme di esclusione e di partecipazione alla vita politica. Il filone di studi sulle famiglie transnazionali mette in luce il tema della "sfera privata diasporica" (Baldassar, Gabaccia, 2011) che riguarda il processo di rinegoziazione delle relazioni di genere, dell'affettiva, dell'intimità e della sessualità tra i confini.

La cornice transnazionale ha il merito di porre attenzione al ruolo attivo delle donne in qualità di protagoniste che sperimentano una ridefinizione dell'identità di genere e sociale, dei modelli di riproduzione familiare e sociale. Secondo Decimo "Si tratta di un movimento «creativo» che diversamente, sulla scorta delle peculiari esperienze, degli svariati vincoli e delle differenti risorse materiali e immateriali con cui gli individui si confrontano, può delineare opposti scenari, di pressione normativa come di solidarietà sociale, di chiusura comunitaria come di effervescenza culturale. Dunque, con tale chiave interpretativa andremo a leggere le vicende delle donne migranti, […] cercando, in questa luce, di spiegare dinamiche di esclusione e assoggettamento, come di riconoscimento e affermazione femminile" (Decimo, 2005, pag. 25). In questa prospettiva, il percorso migratorio non produce solo disgregazione familiare ma nuove forme di famiglia e inedite pratiche sociali, nuovi modelli culturali, identità e ruoli di genere. La migrazione riflette e rafforza una riarticolazione delle sfere produttive e riproduttive del gruppo familiare che, in alcuni casi, implica un potenziamento delle risorse materiali, sociali e di valore. In questo quadro, l'evento migratorio femminile si costruisce di relazioni sociali e di appartenenze che orientano, sostengono in modo efficacie e vincolante le traiettorie esistenziali: nel percorso migratorio si realizzano strategie familiari che riattivano e ridisegnano gli originari circuiti dello scambio affettivo e sociale all'interno di un contesto globale (Bryceson, Vuorela, 2002, Ambrosini, Boccagni, 2007; Boccagni, 2009).

A partire dal 2010, in Italia e Spagna diversi ricercatori si occupano di indagare il processo migratorio latinoamericano in relazione alle trasformazioni prodotte nei legami familiari (Herrera, 2003; Pagnotta, 2010; Ambrosini e Abbatecola, 2010; Lagomarsino, 2010; Boccagni, 2009a, 2009b; Bonizzoni, 2009). La decisione di migrare prende forma all'interno del nucleo familiare in cui il soggetto è inserito. Tale scelta riflette e produce trasformazioni sociali ed economiche che interessano la famiglia, sia nel contesto sociale di origine che di accoglienza (Sørensen, 2008; Gil Araujo, Pedone, 2013; Merla, Baldassar, 2016; Alba, Foner, 2015; Foner, Dreby, 2011). La famiglia transnazionale assume una dimensione collettiva tramite il superamento della distanza fisica mediante contatti continui tra i due contesti: scambi, viaggi e rimesse (Boccagni, Ambrosini, 2007; Boccagni, Lagomarsino, 2011).

Dalle ricerche etnografiche condotte nei contesti transnazionali (Pedone, 2013; Lagomarsino, 2007), nel rapporto fra famiglie transnazionali e Stato emerge un processo di culturizzazione delle disuguaglianze sociali che induce a considerare le famiglie migranti come appartenenti ad un'unica e omogenea classe sociale, in quanto rappresentanti di una cultura altra. L'appartenenza di classe è resa invisibile da un processo di costruzione sociale dell'alterità fondato sulla nozione di essenzialismo culturale. In questo senso, le famiglie migranti appaiono come problematiche, inferiori per posizione economica e classe sociale, all'interno di una dinamica di occultamento delle disuguaglianze sociali.

Nel rapporto fra migrazioni e famiglia occorre considerare due elementi che condizionano il percorso migratorio: la struttura e il funzionamento della famiglia all'interno della società di origine; il ruolo del soggetto nel nucleo famigliare in relazione alle sue caratteristiche specifiche. In questo senso, il progetto migratorio risulta condizionato dal contesto culturale in cui si inserisce il nucleo famigliare in relazione alle norme culturali dominanti sul matrimonio e sulla riproduzione, al sistema economico, alla posizione di status e di potere assunta dal soggetto migrante all'interno del nucleo familiare (Lagomarsino, 2005, 2010; Lagomarsino, Boccagni 2011).

Nel caso delle famiglie migranti latinoamericane la permanenza nel contesto di accoglienza segna un cambiamento radicale nelle modalità di relazione interpersonali e nei significati attribuiti alla migrazione. Secondo Lagomarsino (2006, 2010) la permanenza significa lo spostamento di valori simbolici affettivi e materiali verso il presente, il "qui e ora". I ricongiungimenti, le nascite, i nuovi legami rappresentano un fattore che modifica il significato della migrazione: il migrante non è più un lavoratore in transito ma diventa una presenza stabile e riconosciuta socialmente in base all'acquisizione di altri ruoli sociali.

In questo caso, la famiglia non è un'unità statica ma in migrazione subisce un processo di alterazione che conduce alla riorganizzazione delle sue caratteristiche in funzione dell'interconnessione fra

società di origine e di destinazione. Confermando tale l'interpretazione, Esparagozza (2003) sostiene la possibilità di considerare "tre età" della famiglia in relazione al progetto migratorio: la prima comprende i genitori e la famiglia allargata che partecipa al processo decisionale; la seconda, è una forma transitoria che comprende i parenti a cui vengono affidati i figli; la terza, consiste nel nucleo creato nella società di accoglienza, ricomposto e integrato da nuove presenze.

2.6 La maternità transnazionale: essere madre a distanza fra famiglia allargata e famiglia nucleare

Negli anni Novanta, come nota Giuffrè (2014, cit. in Pinelli 2019), la grande migrazione delle donne come collaboratrici domestiche in Europa meridionale mette in evidenza l'etnicizzazione del mercato del lavoro e il discorso razzista relativo al lavoro domestico. In questo quadro, la maternità migrante assume un posto centrale negli studi sulle migrazioni. Nella riflessione sui processi di negoziazione del ruolo di madre a distanza emergono due linee interpretative: la "doppia presenza" e la formazione di una nuova famiglia (Hondagneu-Sotelo, Avila, 1997; Baldassar, Baldock, Wilding, 2007); la disarticolazione familiare prodotta dalla partenza della madre che produce una rottura tra livello materiale e affettivo (Parrenas, 2001; Boccagni, 2009). Le fratture intergenerazionali e le rinegoziazioni nei rapporti di genere diventano le lenti attraverso le quali osservare il fenomeno delle migrazioni femminili. In letteratura si sottolineano i molteplici modi di fare la madre a distanza nel tentativo di compensare la lontananza fisica: la "mercificazione" dell'amore e delle relazioni (Parrenas, 2001); l'invio di oggetti, rimesse, regali che rappresentano un surrogato della presenza della madre (Ambrosini, Boccagni, 2008).

L'etnografia condotta da Giuffrè (2018) fra le donne migranti capoverdiane si propone di analizzare il significato attribuito alla mobilità transnazionale femminile. Dalle narrazioni delle donne emerge l'idea che migrare sia un modo per essere "più madri", per diventare "madri realizzate". Tra gli obiettivi perseguiti tramite la migrazione internazionale, Giuffrè sottolinea: il desiderio di rendere concreto il legame verso i figli, la volontà di assicurare un futuro migliore e costruire loro una casa nel luogo di origine. Nell'arcipelago di Capo Verde, essere madri a distanza non è oggetto di stigmatizzazione sociale per effetto di precise caratteristiche del contesto socio-culturale: la diffusione di un modello di famiglia allargata di tipo matrifocale, la centralità della figura femminile nella cura dei figli in assenza del padre, la fluidità di madri e figli tra le unità domestiche, la solidarietà tra donne in un sistema di poligamia informale. In particolare, la pratica delle adozioni informali favorisce la mobilità fra i gruppi domestici tramite l'affidamento dei figli a "genitori di crescita"

(Giuffrè, 2018: 200)[31]. La migrazione prevalentemente di tipo stanziale contribuisce a modificare le aspettative di genere e di cura riconfigurando la relazione madre-figlio. A seguito della migrazione femminile, secondo Giuffrè emerge un rafforzamento del modello matrifocale: da un lato le madri-lavoratrici-migranti assumono un potere economico che consente di consolidare il ruolo acquisito di capo famiglia; dall'altro l'affidamento esclusivo dei figli left behind a figure femminili, in particolare alle nonne, consente lo sviluppo di un "triangolo transnazionale" fra madri biologiche- madri putative e figli (Giuffrè, 2018:

Essere madri a distanza si configura come un fenomeno che permette di estendere la struttura sociale e familiare. Infatti, la scelta di separarsi dai propri figli è un comportamento socialmente accettato perché considerato espressione della volontà di ottenere il benessere dei figli. Diversamente dai contesti occidentali, a Capo Verde il modello di cura diffuso si basa sulla condivisione dei compiti materni, non semplicemente sulla delega. Ciò contribuisce nell'ostacolare la diffusione di una riprovazione morale e sociale per i figli letf behind.

Nonostante diversi studi mettano in luce la complessità e l'eterogeneità delle situazioni affrontate dalle donne migranti, nella società di arrivo emergono rappresentazioni sociali che tendono a rendere omogeneo il gruppo delle donne migranti provenienti dall'America Latina (Pedone, 2002, 2014; Lagomarsino, 2007, 2014; Wagner, 2004; Abbatecola, 2010). Pratiche e discorsi dominanti sulla maternità transnazionale indicano la presenza di uno stigma sociale diffuso verso le donne migranti veicolato discorsi politici e mediatici: le donne che migrano sono madri "snaturate", "cattive" perché colpevoli di aver abbandonato i propri figli. I processi di stigmatizzazione sociale delle donne migranti esprimono il tentativo di esercitare un controllo sulla condotta delle donne stesse impedendo l'adozione di pratiche che rischiano di scardinare la visione egemonica di famiglia che attribuisce all'uomo il ruolo di capo-famiglia e breadwinner (Abbatecola, 2010; Lagomarsino 2010).

A partire dagli anni '90, in Ecuador si assiste all'ingresso delle donne nel mercato del lavoro in relazione all'aumento dei livelli di istruzione e alla crisi economica e sociale che ha interessato il paese. Ciò ha comportato un cambiamento significativo nell'organizzazione familiare e nella suddivisione dei ruoli: la donna si occupa di provvede al sostentamento economico della famiglia al posto dell'uomo. Alla fine degli anni '90, l'Ecuador attraversa la più grave crisi della sua storia in

[31] Busoni (2000) riporta pratiche di affidamento simili fra i Baulé della Costa d'Avorio. La pratica dell'adozione, infatti, si configura come un passaggio di bambini fra donne (parenti e non) che assume la forma di un affidamento temporaneo o definitivo. Allo stesso modo, avviene solo con il consenso del bambino che spesso sceglie di allontanarsi dalla famiglia per alleviare le condizioni di disagio dovute all'elevato numero di figli. In merito al rapporto fra madri adottive e biologiche, la pratica dell'affidamento rappresenta un'opportunità per sviluppare relazioni di complicità e di solidarietà fra donne.

seguito all'introduzione di politiche neoliberiste che si traduce in un movimento migratorio senza precedenti verso gli Stati Uniti e l'Europa del Sud. Le protagoniste sono, in particolare, giovani donne dai 20 a 40 anni che decidono di partire verso l'Italia e la Spagna con la promessa di un lavoro sicuro nel settore domestico e di cura. Dal 1990 al 2000 in concomitanza con il periodo delle partenze verso l'Europa e all'ingresso delle donne nel mercato del lavoro si osserva un cambiamento nelle relazioni di genere e familiari. A partire dal 2008, la crisi economica che colpisce l'Europa ha effetti anche sulla popolazione migrante latinoamericana: l'aumento della disoccupazione conduce molti a fare ritorno al paese mentre altri rimangono e vivono momenti di difficoltà. L'impatto della crisi, secondo molti, si manifesta nelle fratture familiari.

In questo contesto ha origine un dibattito sulle famiglie migranti basato sull'idea di una naturale violenza di genere in ambito familiare che mette in discussione la forma della maternità migrante (Pedone, 2002, 2014). A partire dal 2000, nella società di origine si diffonde un allarme sociale per le famiglie migranti in crisi per l'abbandono dei figli, e allo stesso tempo, nella società di destinazione, la migrazione femminile è connotata nei termini di una distruzione della famiglia. Nei discorsi emerge una percezione ambigua verso le madri migranti unita ad una riprovazione morale. La migrazione produce effetti negativi evidenti sulla vita dei figli che rimangono in patria: "orfani della migrazione", abbandonati e quindi a rischio di sviluppare comportamenti devianti (Boccagni, 2009). Tali conseguenze sono viste esclusivamente come una responsabilità della madre che scegliendo di partire ha rifiutato di crescere i propri figli.

L'ipotesi formulata da Wagner (2004, 2008) afferma che il discorso dominante sulla donna migrante come cattiva è legato ad un'accentuazione della rinegoziazione dei ruoli e delle relazioni di genere originata nel contesto migratorio. Il discorso dominante contiene processi di costruzione sociale dell'identità e delle relazioni di genere che costituiscono una forma di continuità per il gruppo sociale tramite il rinforzo di stereotipi di genere che sanzionano il comportamento femminile non adeguato, all'interno di una ideologia patriarcale. Allo stesso modo, l'enfasi posta sulla famiglia nucleare come pratica "normale" e "naturale" ha la funzione di nascondere l'esistenza di forme diverse di famiglia e l'esistenza di una pluralità di forme di maternità. Dal momento che con la migrazione potrebbe affermarsi nuove forme di maternità e di famiglia, l'immaginario costruito si propone di sanzionare le condotte devianti. Il processo di ridefinizione della maternità avviene in relazione alle trasformazioni nei ruoli e nelle relazioni di genere, ed è profondamente collegato al concetto di nazione: la donna è considerata la guardiana, la matrice biologica e sociale della riproduzione della nazione.

Nell'indagine etnografica di Abbatecola (2010), le donne di origine latinoamericana affrontano un progetto di radicamento nel nuovo contesto di vita che si traduce da una parte, nel ricongiungimento del marito o solo dei figli, dall'altra nella permanenza della donna in Italia con un nuovo marito e nella creazione di una nuova famiglia. Le donne latinoamericane incontrate da Abbatecola (2010) si caratterizzano per l'appartenenza ad una famiglia impegnata in un primo momento, in un progetto migratorio di tipo provvisorio che nel tempo si modifica assumendo la forma di una permanenza definitiva con la presenza dei figli. In questo modo, si configura una dinamica precisa che vede l'inserimento delle donne nella società in termini di lavoro e successivamente il ricongiungimento dei figli. Nel nuovo contesto di vita, le donne migranti hanno dovuto modificare le proprie abitudini passando da lavoratrici a tempo pieno a madri-lavoratrici. Il ruolo di lavoratrici a tempo pieno ha consentito l'acquisizione di un certo grado di autonomia economica e sociale mentre il ricongiungimento dei figli comporta un ulteriore impegno nell'intento di conciliare i compiti di produzione a un nuovo ruolo di madre e di trovare un equilibrio nelle relazioni fra i figli e il nuovo marito. Nelle narrazioni femminili è possibile osservare alcuni aspetti: l'esplicitazione del dolore per la separazione dai propri figli, l'idea di sacrificio, l'occultamento del senso di colpa provato per l'esperienza della maternità a distanza, la definizione di sé per differenza da altre madri considerate inadeguate (madri transnazionali, madri italiane datrici di lavoro). Le strategie discorsive messe in atto dalle donne rivelano la volontà di ottenere un riconoscimento sociale aderendo alle aspettative proiettate su di loro sulla base del modello della "buona madre" (Badinter, 1981). Le motivazioni urgenti, enfatizzate nelle narrazioni per giustificare la partenza come esito di una scelta razionale, evidenziano il senso di colpa interiorizzato. Dall'indagine emerge una dinamica di colpevolizzazione della donna migrante per aver adottato comportamenti riproduttivi "devianti", dimostrandosi una madre inadeguata in base al modello dominante di maternità "naturale". Tutto ciò produce senso di colpa in relazione alle aspettative sociali incorporate per aver abbandonato i figli.

Nell'indagine etnografica condotta da Mei (2010), le narrazioni delle donne prevale l'idea della migrazione come strategia per ottenere un beneficio comune rispetto alla volontà di realizzazione personale. Ciò è riconducibile a un senso del dovere interiorizzato dalle donne verso al famiglia che, allo stesso tempo, è fonte di frustrazione. Dalle narrazioni emerge la difficoltà di svincolare desideri personali dalla dimensione familiare: una madre che decide di migrare si sacrifica per tutta la famiglia. Per questo motivo, mentre nelle narrazioni maschili non emergono dettagli sui bisogni familiari, nelle storie delle donne vengono enfatizzate le necessità materiali della famiglia a conferma dello spirito di sacrificio materno. Nei discorsi delle donne, le migrazioni femminili rappresentano "un modo estremo per portare a termine il proprio compito" (Lagomarsino, 2006): la migrazione delle donne ha bisogno di legittimazioni simboliche utili ad attribuire un nuovo ruolo familiare al femminile. In

questa prospettiva, le traiettorie di mobilità femminile sono condizionate dai modelli culturali che vengono applicate alle figure genitoriali per impedire situazioni di abbandono e individualismo della madre migrante. Lagomarsino (2005, 2007) propone di considerare l'eterogeneità dei percorsi di mobilità delle donne per evidenziare il peso esercitato dai processi di costruzione sociale delle soggettività migranti. L'immaginario collettivo che rappresenta le donne migranti come gruppo omogeneo permette di occultare i molteplici posizionamenti, le situazioni di assoggettamento e di privilegio. L'eterogeneità nelle forme di maternità e di famiglia riscontrate nella ricerca di Lagomarsino (2005, 2007) mette in luce la presenza di dinamiche di negoziazione continua della soggettività migrante.

2.7 La costruzione sociale della sessualità delle donne migranti latinoamericane

A partire dagli anni Novanta, nello studio sulle migrazioni, le prospettive teoriche elaborate dal femminismo nero e postcoloniale assumono una posizione centrale. In particolare, nel tentativo di interpretare le disuguaglianze sociali globali si procede ad una revisione delle categorie analitiche adottate. Nell'etnografia condotta fra le donne filippine domestiche negli Stati Uniti e in Italia, Parreñas esprime la necessità di rivolgere l'attenzione alla "divisione del lavoro riproduttivo nell'economia globale" (2000: 560). Nella discussione sul lavoro domestico e sul significato sociale della casa, occorre considerare "le disparità storiche nella distribuzione del potere intercettando il ruolo profondo giocato dalle gerarchie di razza e classe (Pinelli, 2019: 133). A partire dalla critica di bell hooks (1990) sulla divisione fra lavoro produttivo-salariato e riproduttivo, di cura e non salariato, Helma Lutz (2010) sottolinea che, nelle economie liberali, il lavoro domestico non appartiene alla dimensione privata ma si inserisce all'interno delle sfere internazionali della cura. In questo caso, emergono due gruppi di donne: i gruppi bianchi privilegiati che acquistano i servizi a basso costo delle donne migranti. Nelle ricerche sulle donne cinesi migranti negli Stati Uniti, Aihwa Ong propone di considerare il rischio che il punto di vista del femminismo nero e postcoloniale induca a soffermarsi esclusivamente sulle oppressioni vissute "lungo le linee del genere, della razza e della nazionalità con forti conseguenze sulla rappresentazione vittimizzante delle donne" (Pinelli, 2019: 135). Benché l'impegno politico che contrassegna le indagini sulle migrazioni basate sul genere sia orientato a evidenziare gli assi di oppressione delle donne a livello globale, il rischio è di produrre un'immagine vittimizzante. Per questo motivo, sostiene Ong nella ricerca etnografica è utile sottolineare il ruolo attivo delle donne considerando che "l'agency postcoloniale esprime le sconfitte, l'intraprendenza la creatività che frequentemente sono generate dai margini della società" (1995: 367). Occorre

riconoscere che le donne migranti sono "soggettività agenti", in grado di elaborare riflessioni sul sé muovendosi fra "più luoghi di lotta" (Ong, 1995: 367).

Dalla fine degli anni Ottanta, gli studi di Teresa de Lauretis (1990) e Judith Butler (1997) mettono in evidenza la necessità di un doppio sguardo nell'analisi dei processi di soggettivazione/assoggettamento: da un lato, il peso esercitato dalle gerarchie sociali, dagli ordini normativi e discorsivi, dall'altro la capacità di autodeterminazione e la potenzialità eccentrica del soggetto. Tali elementi vengono ripresi negli studi sulla mobilità delle donne in particolare da Pessar e Mahler (2006) che si focalizzano sul ruolo esercitato dallo Stato e dagli immaginari nel dare forma alle migrazioni. Le ricerche etnografiche condotte mirano ad ampliare lo sguardo mostrando l'intersezione fra genere, razzializzazione del corpo, classe, disuguaglianze globali e la possibilità dei soggetti di dare molteplici significati al corpo, al soggetto e al desiderio. Pessar e Mahler mettono al centro dell'analisi "i modi in cui la migrazione ridefinisce il corpo, la sessuazione e il genere e insieme sui modi in cui l'esperienza migratoria esprime la possibilità per le persone di definire il proprio corpo e il genere" (Pinelli, 2019: 139). In questa prospettiva, dunque, il genere assume il ruolo di norma che organizza le relazioni sociali e modella le pratiche, incorporato dalle istituzioni e dalle politiche, e allo stesso tempo, il genere diventa un processo performativo e negoziato che produce possibilità di cambiamento nel soggetto stesso.

Un aspetto da non trascurare, come suggeriscono gli studi di Pessar e Mahler (2006), consiste nell'indagine sulle percezioni e pratiche relative alla sessualità delle donne migranti. Nella letteratura antropologica l'attività sessuale non rappresenta semplicemente una pratica "naturale" ma costituisce un "fatto sociale totale", ovvero l'esito di un apprendimento sociale attraverso un addestramento del corpo che ne definisce i modi e i significati. Secondo Mauss (1936), la sessualità rappresenta una delle "tecniche del corpo" che assume forme e significati diversi a seconda del periodo storico, del contesto geografico e culturale, ed è profondamente connessa alle norme culturali vigenti.
Diversi studi femministi, a partire dagli anni '80 mettono in luce la disparità di potere in relazione al genere nella gestione ed esercizio della propria sessualità. A partire dalla questione della contraccezione nei contesti occidentali, la sessualità femminile risulta oggetto di un controllo rigido ed è fortemente limitata, sia nella conoscenza del proprio corpo che nell'espressione del proprio piacere (Cfr. The Boston Women's Health Book Collective, 1974). Diversamente, la sessualità maschile è considerata spontanea, libera e caratterizzata dalla possibilità di avere numerosi partner. Tale disparità fra maschile e femminile nella gestione della sessualità riflette e produce le disuguaglianze nelle relazioni sociali fra i sessi basate sul dominio del maschile. Numerose ricerche si focalizzano sulle politiche istituzionali e sulle relazioni sociali per mostrare i modi in cui l'identità

femminile risulta costruita socialmente sulla base del concetto di riproduzione naturale che vede le donne esclusivamente come riproduttrici della Nazione (Ribeiro Corossacz, 2004; Herrera, 2003, 2007).

2.7.1 Il ruolo di immaginari e discorsi nei processi di etnicizzazione della sessualità migrante

Occupandosi del rapporto fra sessualità e migrazioni, diversi studi propongono di analizzare il contenuto e la funzione dell'immaginario sociale costruito intorno alle pratiche sessuali dei migranti e diffuso all'interno delle comunità transnazionali, per evidenziare come i processi migratori siano profondamente legati a fattori simbolici politicamente situati (Rosas e Gayet, 2019, Pedone, 2014; Lagomarsino, 2012; Lagomarsino, Pagnotta, 2010; Krebbex e altri 2017).

Le ricerche etnografiche condotte nei contesti transnazionali (Pedone, 2002, 2008, 2014; Lagomarsino, Pagnotta, 2010; Rosas, Gayet, 2019) sottolineano la questione del controllo esercitato sulla sessualità femminile da parte della comunità transnazionale tramite la diffusione di discorsi che esprimono una valutazione morale rispetto ai comportamenti delle donne migranti. Le ricerche condotte evidenziano i modi in cui, nelle Istituzioni e nell'immaginario, le differenze di genere, di razza, classe e cultura vengono naturalizzate ed essenzializzate. Allo stesso tempo, dal punto di vista delle donne migranti, la migrazione rappresenta la possibilità di rifiutare norme culturali sul genere di tipo patriarcale, una pratica utile per ridurre il controllo del padre, dei fratelli e del marito. In questa prospettiva, la migrazione è uno strumento di ridiscussione dell'autodeterminazione e delle norme culturali incorporate.

A partire dall'idea che sessualità e migrazione siano processi sociali, costituiti da azioni, relazioni e significati, oggetto d'indagine è la figura della migrante in rapporto al corpo della Nazione. Con immaginario sociale si intende l'insieme di significati sociali incarnati nelle istituzioni dello Stato, della famiglia, nella scuola, negli ospedali costituiti da discorsi e immagini simboliche il cui valore risiede nel senso di prudenza che possono suscitare.

L'indagine etnografica condotta da Rosas e Gayet fra i migranti messicani negli Stati Uniti e le donne peruviane in Argentina mostra il ruolo di immaginari e discorsi che circolano sulla sessualità con il fine di controllare a distanza le condotte sanzionando i comportamenti devianti. L'indagine etnografica condotta nella città di Genova da Lagomarsino e Pagnotta (2012) all'interno dei servizi sanitari pubblici, mostra che le immagini prevalenti diffuse sulla donna migrante latinoamericana possono essere comprese all'interno di un continuum tra due poli: la donna come riproduttrice passiva e sottomessa che desidera fortemente avere un figlio in relazione alle origini culturali oppure la donna

iper-sessuata, vulnerabile, pericolosa e fuori controllo in termini di desiderio sessuale. In rapporto al corpo della nazione, la figura femminile viene rappresentata come minaccia o come guardiana civilizzatrice Il concetto di sessualità dominate in Occidente e in America Latina pone enfasi sull'esclusività sessuale della coppia, sulle norme eterosessuali e patriarcali (Rosas e Gayet, 2019; Lagomarsino, Pagnotta, 2012). Si tratta di un modello basato su due categorie in opposizione: da un lato il paese di migrazione visto come spazio moderno e emancipatore, dall'altro il paese d'origine legato ai valori "tradizionali" che determinano l'oppressione delle donne. Tali rappresentazioni compongono un discorso dominante di tipo coloniale che caratterizza l'altro come diverso e inferiore. Le donne non occidentali sono oggetto di dinamiche di inferiorizzazione che riproducono l'idea di un corpo erotizzato, accessibile, desiderabile. L'immaginario sulla vita sessuale dei migranti nel paese di arrivo si caratterizza per la presenza della figura erotizzata della donna latinoamericana migrante che esprime la tensione fra regolazione e trasformazione sociale.

Dalla ricerca etnografica condotta da Rosas e Gayet (2019), le donne latinoamericane tendono a rappresentarsi per differenza rispetto alle donne autoctone nell'ambito delle pratiche sessuali. In alcuni casi, le donne considerano il luogo di arrivo uno spazio socioculturale in cui il controllo si attenua, un luogo in cui vivere relazioni di coppia in modo più libero rispetto al paese d'origine, in cui dominava il controllo rigoroso. Allo stesso modo, nel contesto di origine, le donne latinoamericane sono percepite come soggetti che acquistano libertà e autonomia nel migrare. Si pensa che tutte le donne migranti approfittino della possibilità di esercitare una sessualità non monogamica in quanto il luogo di arrivo è rappresentato come spazio in cui è possibile modificare la condotta sessuale a causa del minor controllo esercitato.

La comunità transnazionale ha costruito un immaginario erotizzato della figura della migrante che enfatizza un'intensificazione dell'attività sessuale, a partire dall'idea di infedeltà femminile considerata alla base dell'abbandono del marito, diventa più debole nei discorsi dei migranti residenti, in alcuni casi si rinforza e in altri viene rovesciato (Rosas, Gayet, 2019). Dallo studio di Lagomarsino e Pagnotta (2012) emerge come la costruzione stereotipata dell'altro non sia un percorso a senso unico in cui le donne migranti sono le vittime ma emergono dinamiche di etnicizzazione rovesciata della sessualità: le visioni pregiudiziali e stereotipate di solito attribuite agli stranieri si ribaltano sugli italiani visti come colpevoli di essere eccessivamente permissivi. Nell'immaginario collettivo si esprime il timore profondo della trasgressione dell'ordine sociale che consiste nel superamento delle frontiere imposte dalla struttura etero- patriarcale della sessualità e del genere, della costruzione razziale e struttura di classe. l'attenzione e il controllo verso il comportamento femminile presenti sia nel contesto di origine che in quello di arrivo per impedire una decadenza morale del gruppo. In

questo processo, la moralità delle donne legata alla fedeltà coniugale diventa un aspetto centrali all'interno di ogni gruppo sociale perché consentono di garantire l'integrità morale e la continuità del gruppo. La funzione assunta dall'immaginario sociale e dai discorsi sulle pratiche sessuali dei migranti è quella di riprodurre e rinforzare la morale collettiva egemonica: le "voci" diffuse esprimono una norma d'azione, rappresentano la forma che assume il potere quando non può esercitare un controllo diretto[32].

Nell'analisi etnografica di Krebbex (2017), oggetto di indagine è il discorso comune, politico e mediatico sulla sessualità delle donne migranti latinoamericane. Krebbex si focalizza su alcuni aspetti: il rapporto fra sessualità e nazionalità, la costruzione di categorie sociali e di genere, la produzione di sapere all'interno delle ricerche scientifiche. La ricerca mostra come il concetto di etnia applicato alla sessualità delle donne migranti si traduca in una nozione di sessualità naturalizzata che assume un significato sociale e politico. Nel contesto olandese osservato da Krebbex, le politiche nazionali pongono molta attenzione verso le gravidanze precoci, le interruzioni di gravidanza e la prevenzione di malattie sessualmente trasmissibili, in particolare fra la popolazione proveniente dall'America Latina.

Krebbex (2017) analizza i modi in cui si applicano le categorie etniche nelle scienze sociali e demografiche, concentrandosi sui dati prodotti riguardo alla sessualità in relazione all'appartenenza nazionale e alle origini etniche. Dalla ricerca condotta emerge che il concetto di etnicità è un concetto scivoloso, non ha una definizione chiara ma si applica in modo diverso in base al contesto: in molti casi è espressione del luogo di nascita del soggetto mentre in altri è legato all'origine dei genitori. Inoltre, se si osservano le politiche sull'educazione sessuale sono continue le raccomandazioni sulla sessualità in termini di gruppi etnici: la sessualità degli altri è problematica per "natura". La nozione di etnicità nei discorsi politici e nella ricerca scientifica non ha bisogno di essere definita ma appare come una categoria sociale evidente.

Tali passaggi contribuiscono a sviluppare l'idea di una sessualità delle donne migranti come una forma "altra" che si inscrive all'interno di un continuum i cui estremi sono da una parte, la pratica sessuale eccessiva e promiscua, dall'altra l'immagine della donna migrante sessualmente repressa e incapace a parlare di sesso. I comportamenti dei gruppi minoritari, infatti, sono considerati il riflesso di credenze religiose, tradizionalismo e irrazionalità. Il discorso dominante costruisce l'alterità migrante in opposizione alla Nazione che appare fondata sull'emancipazione sessuale e l'equità di

[32] Sul ruolo dei discorsi nel reato di aborto durante il fascismo cfr. Gissi 2006.

genere. Al contrario, la percezione prevalente riguardo ai migranti latinoamericani si riferisce al machismo che individua le donne come vittime del maschile.

Benché l'attenzione verso i comportamenti riproduttivi e la sessualità si giustifichi mediante la necessità di rendere migliore la vita delle donne migranti ponendo attenzione alla salute riproduttiva, tale pratica esprime una visione dell'altro distorta, riduzionistica e discriminante. Krebbex (2017) mette in luce la presenza di un processo di costruzione dell'alterità migrante che si basa sull'ascrizione della sessualità "adeguata" all'interno di una dinamica di competizione fra gruppi diversi per origine etnica e razziale. In questo scenario, la forma di sessualità viene associata ad un gruppo nazionale in relazione ad un preciso contesto storico e sociale: i confini etno-sessuali sono il risultato di pratiche sociali che cambiano nello spazio e nel tempo. Gli strumenti che rendono visibile e chiara la nozione di etnicità si inscrivono nelle ricerche scientifiche, nelle politiche e nell'educazione sessuale con l'obiettivo di fissare le categorie di sessualità ed etnicità mediante due processi: l'attribuzione di particolari comportamenti sessuali ad uno specifico gruppo sociale definito in termini di appartenenza etnica; in secondo luogo, l'etnia assume una connotazione specifica in termini di pratiche sessuali. Nelle ricerche scientifiche la nozione di etnia assume la funzione di categoria analitica come risultato di una dinamica di co-costruzione fra sessualità e etnicità: fare riferimento ad una relazione reciproca fra le pratiche sessuali e i gruppi etnici contribuisce alla cristallizzazione del concetto di sessualità e di etnicità.

CAPITOLO III

La metodologia della ricerca

3.1 Il percorso e i luoghi della ricerca

Nel corso del lavoro sul campo svolto da ottobre 2017 a giugno 2019, in parallelo all'osservazione partecipante, ho condotto una serie di interviste in profondità, indirizzate a donne migranti di origine peruviana e ecuadoriana con esperienze di maternità e infertilità; con operatori sanitari, religiosi e sociali. Mediante un approccio etnografico, ho tentato di comprendere il significato attribuito al diventare madre e all'avere un figlio fra le donne migranti di origine latinoamericana residenti nella città di Genova. L'osservazione partecipante si è concentra in diversi luoghi della città, in particolare presso l'ospedale Sant'Anna e la Curia Pastorale Latinoamericana situata nello spazio adiacente alla Chiesa di Santo Stefano.

Il materiale etnografico raccolto è formato da 30 interviste in profondità a donne migranti latinoamericane di cui 23 con esperienze di infertilità e/o ricorso alle tecnologie riproduttive; 16 interviste a operatori, medici e sanitari (12), responsabili religiosi (3) e un operatore sociale.

Operatori sanitari	**Operatori religiosi**	**Operatori sociali**

• 2 ostetriche reparto maternità	• 1 frate cappuccino	• 1 Volontaria associazione di mutuo aiuto per persone con esperienze di infertilità
• 2 biologi centro infertilità pubblico	• 1 pastore valdese	
• 1 psicologa consultorio privato	• 1 sacerdote salesiano	
• 3 ginecologhe centro pubblico infertilità		
• 2 ginecologhe reparto maternità		
• 1 ginecologa centro infertilità privato convenzionato		
• 1 assistente sanitaria con funzioni dirigenziali		

Tale percorso mi ha portato a rivolgere l'attenzione verso le forme di discriminazione razziale e le relazioni di potere fra i sessi come aspetti centrali da considerare nell'ambito della riproduzione parallelamente alle strategie messe in atto dalle donne migranti. Oggetto della ricerca è l'esperienza dell'infertilità e il ricorso alle tecniche di riproduzione assistita, in relazione ad alcune importanti trasformazioni sociali: l'incremento delle tecniche di riproduzione assistita, la presenza stabile di famiglie migranti di origine latinoamericana nel territorio genovese, l'aumento dell'età media femminile alla prima gravidanza, la riduzione nel numero di figli e delle dimensioni di famiglia.

Il terreno di ricerca è costituito dal reparto di Fisiopatologia della Riproduzione situato nell'ospedale Sant'Anna di Genova, all'interno del quale sono state esaminate alcune pratiche: i colloqui informativi di gruppo e di coppia, le prestazioni per la diagnosi e la terapia dell'infertilità di coppia, le procedure di crioconservazione dei gameti ed embrioni. Il Centro di Fisiopatologia della Riproduzione Umana (FRU) è iscritto al Registro Nazionale dell'Istituto Superiore di Sanità come Centro di Procreazione Medicalmente Assistita (PMA) di II livello ed è riferimento regionale per le problematiche di Oncofertilità. Durante il periodo di osservazione all'interno del reparto, tra il febbraio del 2018 e marzo 2019, ho partecipato con frequenza quotidiana alle attività del centro. Ho svolto 20 interviste con donne di origine ecuadoriana e peruviana pazienti o ex pazienti del centro e

4 interviste al personale medico (ginecologhe e biologhe). Il diario di campo raccoglie materiale etnografico così composto: le conversazioni con il personale del centro FRU, le osservazioni sul funzionamento del reparto e le informazioni ottenute consultando l'archivio dell'ospedale.
Le interviste rivolte al personale medico impiegato presso il centro FRU sono state condotte all'interno del reparto con lo scopo di indagare il modello riproduttivo prevalente nella classe medica e le percezioni rispetto alle donne migranti latinoamericane che accedevano al centro. Inoltre, ho avuto la possibilità di assistere ai colloqui informativi e orientativi di coppia durante i quali si stabilisce il percorso da intraprendere.

In concomitanza all'indagine svolta presso l'ospedale Sant'Anna, ho avuto la possibilità di svolgere alcune interviste con gli operatori sanitari presso il centro di Medicina della Riproduzione dell'Ospedale Santa Rita di Genova, situato nella sede di Castelletto. Le due esperienze vissute differiscono profondamente, in quanto l'accesso all'ospedale Santa Rita è stato limitato dalla Direzione Sanitaria: non ho potuto osservare il funzionamento del centro di Medicina della Riproduzione e nemmeno partecipare in occasione dei colloqui informativi con le coppie. Mi è stata concesso di assistere alle riunioni informative collettive.

In parallelo all'osservazione partecipante nel reparto di PMA, ho svolto un periodo di ricerca presso l'ambulatorio della 37ma settimana e l'ambulatorio delle IVG[33].
Nel primo caso, l'ambulatorio è situato all'interno del padiglione dedicato alla maternità, mentre il colloquio per le IVG si svolge presso un ambulatorio nello stesso padiglione in cui è collocato il reparto di PMA.
L'ambulatorio offre un sevizio introdotto da alcuni anni con lo scopo di informare la donna su aspetti relativi al ricovero in ospedale per il travaglio, allo stesso tempo è utile per l'operatore al fine di accertare la situazione clinica della donna e l'andamento della gravidanza. Il servizio è disponibile su appuntamento contattando direttamente il reparto ed è attivo solo alla mattina. Il colloquio dura circa un'ora e prevede alcuni accertamenti. Inizialmente, sulla base della documentazione clinica relativa alla gravidanza, l'ostetrica responsabile del servizio procede alla compilazione della cartella clinica del ricovero. In particolare, si occupa di controllare che la donna abbia eseguito gli esami previsti nei tempi indicati. Nel corso dell'incontro, l'ostetrica effettua una valutazione complessiva della condizione clinica della donna evidenziando i rischi e indicando ulteriori accertamenti. Al termine del colloquio, l'ostetrica esegue un tampone vaginale e uno rettale per verificare la presenza di un particolare germe che può essere trasmesso al bambino durante il parto.

[33] Interruzione volontaria di gravidanza.

L'ambulatorio delle IVG è aperto due giorni a settimana solo al mattino ed è gestito da medici specializzandi con la supervisione del medico strutturato. Per accedere all'ambulatorio, la Legge 194/1978 stabilisce la necessità di una certificazione di gravidanza rilasciata dal medico di fiducia, dal consultorio o dalla struttura socio-sanitaria. Nel corso dell'incontro il medico compila una cartella informatizzata inserendo alcuni dati relativi alla condizione clinica della donna. Si occupa di accertare lo stato di gravidanza mediante un'ecografia per valutare l'epoca gestazionale e stabilire il percorso adeguato. Infatti, nel caso di interruzioni entro la settima settimana è possibile ricorrere alla pillola abortiva, altrimenti è necessario un intervento chirurgico in anestesia. L'aborto farmacologico prevede l'assunzione da parte della donna di due compresse somministrate a due giorni di distanza l'una dall'altra che provocano l'espulsione del materiale abortivo in poco tempo.

Il materiale raccolto è formato dalle interviste a operatori di un consultorio pubblico e uno privato situati nel territorio genovese, a cui afferiscono numerose donne di origine latinoamericana. Inoltre, mi sono rivolta ad un centro di infertilità privato convenzionato, unico nel suo genere nel territorio genovese: l'obiettivo era quello di comprendere meglio il rapporto fra operatori e donne migranti, esaminando aspettative, idee e comportamenti rilevanti diffusi tra gli operatori rispetto alla popolazione latinoamericana residente.

Seguendo il metodo proposto da Rapp (1998), la scelta delle strutture sanitarie riflette il tentativo di svolgere un'indagine in diversi contesti sociali: ospedali di città frequentati da persone di classe medio-bassa, centri pubblici a cui afferiscono in prevalenza pazienti di classe media e pochi di estrazione sociale bassa; strutture private di élite. L'indagine etnografica si concentra "su cosa accade dentro e fuori ai laboratori e agli ospedali" (Rapp, 1998: 47), al fine di esplorare il ruolo di attori coinvolti ma invisibili. L'obiettivo consiste nell'indagare i modi in cui donne diverse per origini etniche-razziali e nazionali, classe sociale e orientamento religioso vivono il ricorso alle tecnologie biomediche, l'esperienza di infertilità, il fallimento o il successo del percorso e il significato attribuito ai materiali prodotti (embrione, gameti,).

Allo stesso tempo, la ricerca si è concentrata verso alcuni luoghi di culto appartenenti a due confessioni religiose frequentati da numerosi latinoamericani: due chiese cattoliche, una gestita da frati cappuccini e l'altra dai salesiani; due centri evangelici, uno metodista-valdese e l'altro evangelico-carismatico. L'osservazione partecipante è stata condotta principalmente presso una chiesa cattolica situata nel centro cittadino mediante un periodo prolungato di permanenza sul terreno (circa un anno e mezzo); nelle due comunità evangeliche individuate ho svolto interviste e partecipato a diversi eventi religiosi, incontri, seminari per un periodo di tempo limitato (tre/ quattro mesi). Nel periodo compreso fra Ottobre 2017 e febbraio 2019 ho frequentato in qualità di ricercatrice la Curia

Pastorale Latinoamericana della Chiesa di Santo Stefano a Genova. La Curia Pastorale è un'istituzione ecclesiale che si occupa di offrire ai migranti latinoamericani presenti a Genova un servizio di promozione umana e sociale, oltre che un percorso di inserimento lavorativo mediante corsi per l'apprendimento della lingua italiana, la formazione al lavoro e seminari sociali. Infatti nel 1998, i frati cappuccini della Liguria in collaborazione con i confratelli del Perù mettono a disposizione il convento di Santo Stefano per l'accoglienza ai migranti latinoamericani.

Nello spazio della Curia Pastorale, ho potuto approfondire l'esperienza di maternità vissuta dalle donne di origine latinoamericana, focalizzando l'attenzione sul ruolo esercitato della fede religiosa nell'orientare i comportamenti riproduttivi. In particolare, mi sono occupata delle trasformazioni concernenti l'aumento dell'età riproduttiva femminile, l'uso delle nuove tecnologie riproduttive e la riduzione del numero di figli per coppia. Nello spazio della curia ho partecipato ai corsi pomeridiani gratuiti, agli incontri di catechesi, alle celebrazioni liturgiche, agli eventi proposti e sono stata accolta nei gruppi di preghiera e agli incontri del coro.

La Chiesa Evangelica Ispano-Americana fa parte della Chiesa Valdese, unione delle Chiese Metodiste e Valdesi, è stata fondata durante gli anni Novanta al fine di fornire assistenza, sostegno materiale e spirituale ai migranti latinoamericani arrivati a Genova. La Chiesa Valdese si definisce[34] una Chiesa cristiana, riformata, evangelica e protestante[35]. Nell'ambito delle profonde trasformazioni legate ai recenti flussi migratori, si occupa di promuovere attivamente un progetto di integrazione denominato "Essere chiesa Insieme" con lo scopo di favorire un cammino di fede comune rivolto principalmente ai migranti e rifugiati[36]. Nel corso del lavoro sul campo ho avuto la possibilità di partecipare agli incontri pomeridiani rivolti ai giovani della comunità dove svolgono varie attività tra cui cineforum, incontri musicali e l'insegnamento del Vangelo; ho svolto alcune interviste ai fedeli e ai responsabili.

La Chiesa Evangelica Apostolica è un'organizzazione religiosa presente sul territorio italiano da circa vent'anni con sede in diverse città fra le quali Genova[37]. I colloqui con gli operatori sono stati condotti

[34] Bilancio sociale 2017. Chiesa evangelica valdese, unione delle chiese metodiste e valdesi. Commissione sinodale per la Diaconia, Opera per chiese Evangeliche Metodiste in Italia, Tavola Valdese.

[35] Nonostante alcune differenze legate all'origine storica, Valdesi e Metodisti, in modi e tempi diversi, aderiscono alla Riforma Protestante. Nel 1975, tramite un Patto di Integrazione, si costituisce l'Unione delle Chiese Metodiste e Valdesi e nel 1984 la Tavola Valdese firma l'Intesa con lo Stato che riconosce autonomia e indipendenza all'ordinamento. La Chiesa Valdese mantiene legami con altre realtà evangeliche e protestanti in Italia (Federazione delle Chiese Evangeliche in Italia (FCEI) e nel mondo (Consiglio Ecumenico delle Chiese).

[36] In Italia, le chiese dell'Unione metodista e valdese sono 156 e contano 21.657 membri distribuiti nel territorio nazionale, in particolare nella Val Pellice in Piemonte. I valori principali su cui si fonda sono i seguenti: combattere le discriminazioni razziali, di genere, culturali; garantire la libertà religiosa e la laicità delle istituzioni; favorevoli all'introduzione al testamento biologico e all'eutanasia.

[37] Si tratta di una Chiesa fondata nel 1959 in Ecuador che attualmente conta 1032 congregazioni, 200.000 credenti ed è diffusa in 21 paesi. La missione è evangelizzare gli strati sociali più vulnerabili attraverso attività istituzionali basate sui valori dell'amore e della determinazione, al fine di favorire una crescita spirituale individuale basata sul vangelo.

all'interno della struttura religiosa di riferimento, l'intervista individuale è stata registrata senza difficoltà. In questo caso, l'accesso al campo è stato facilitato da una coppia di fedeli appartenenti alla chiesa incontrati in ospedale. Questi mi hanno presentato il pastore che si è mostrato disponibile al dialogo e a far conoscere le attività promosse dalla congregazione. Nel corso del lavoro sul campo, mi hanno accolto ad eventi internazionali, incontri di preghiera e attività del centro estivo.

3.2 L'esperienza etnografica

Nel "tentativo di sottrarre il discorso sulle nuove tecnologie riproduttive dalle mani dei medici e consegnarlo alle donne che usano, pensano di usare o di rifiutare la tecnologie biomediche" (Rapp, 1998: 46), la ricerca si è concentrata principalmente sulle esperienze delle donne migranti latinoamericane che vivono problemi di infertilità. Considerando la responsabilità attribuita al femminile nell'ambito della salute riproduttiva, nel concepimento, nella contraccezione e nella cura dei figli, occorre rivolgersi alle donne come esperti capaci di analizzare gli aspetti negativi e positivi delle tecnologie biomediche contribuendo allo sviluppo di nuovi significati e nuove forme di razionalità. Nel contesto della PMA, osserva Rapp (1998: 48): "la donna assume il ruolo morale di filosofa definendo quali sono gli standard che prevarranno per l'ingresso nella comunità umana e quali saranno i limiti della genitorialità volontaria".

A livello metodologico, la ricerca si basa sull'utilizzo di tecniche qualitative di tipo etnografico costituite soprattutto da interviste in profondità e osservazione partecipante con l'obiettivo di evidenziare l'eterogeneità dei percorsi nella migrazione e nella vita riproduttiva (Pedone, 2014, Álvarez Plaza, 2015; Ribeiro Corossacz, 2004). Nel tentativo di ricostruire il percorso migratorio, le traiettorie di vita e le esperienze riproduttive o di infertilità, l'intervista in profondità si compone di 4 sezioni:

- l'esperienza di migrazione,
- l'esperienza di infertilità e l'avvicinamento alle tecniche riproduttive,
- l'esperienza di maternità,
- pratiche quotidiane e relazioni familiari tra i confini,
- ruolo e significato attribuito alla fede nelle scelte procreative.

La struttura dell'intervista esprime il tentativo di evidenziare le trasformazioni avvenute nel tempo, riducendo al minimo le interruzioni per lasciare spazio al racconto. Inizialmente, chiedevo alle donne di raccontare la propria storia a partire da un evento ritenuto rilevante, in modo da ricostruire la vicenda familiare, il percorso migratorio e le esperienze personali di infertilità e di maternità. Le

donne che hanno accettato di collaborare all'indagine sono state intervistate più volte, la durata delle interviste varia da due a quattro ore. I luoghi e i tempi dell'intervista variano in base alla disponibilità degli intervistati: in molti casi mi hanno invitato presso la loro abitazione, altre volte ci siamo incontrati in luoghi pubblici, giardini, centri commerciali, università.

Le donne incontrate hanno un'età compresa fra 27 e 53 anni, quattro sono nate in Perù, precisamente a Lima e 26 in Ecuador. La maggior parte delle donne intervistate proviene dalla zona della Costa, in particolare dalla città di Guayaquil, una dall'Oriente e cinque dalla zona della Sierra. Sono domestiche, addette alla pulizia, assistenti agli anziani, OSS, baby sitter, cameriere, bariste, commesse, una è impiegata in una fabbrica come operaia. Tutte le donne incontrate sono in Italia da più di 10 anni, in prevalenza fanno parte di una catena migratoria femminile, ovvero sono arrivate in Italia grazie al sostegno di zie, sorelle, cugine, madri da tempo residenti a Genova. Due di loro sono arrivate da minorenni insieme alla madre, mentre le altre sono partite per motivazioni economiche e personali.

Donne Fertili	**Rifiuto PMA**	**Ricorso PMA**
• 6 donne ecuadoriane > 35 anni	• 2 donne ecuadoriane > 35 anni	• 4 donne ecuadoriane < 35 anni
• 1 donna ecuadoriana< 35 anni	• 1 Donna peruviana > 35 anni	• 2 donne peruviane < 35 anni
		• 13 donne ecuadoriane > 35 anni
		• 1 donna peruviana > 35 anni

In una fase iniziale, le testimoni sono state individuate grazie all'intermediazione di un amico o un conoscente comune. In seguito, la decisione di frequentare le comunità religiose cattoliche e evangeliche situate in diverse zone della città. il reparto di PMA mi ha permesso, in seguito, di incontrare numerosi latinoamericani.

Le donne sono state intervistate più volte, nel tentativo di costruire un rapporto di fiducia e di rispetto verso le loro esperienze personali e vissuti emotivi (Boccagni, 2011): ho condiviso con loro momenti conviviali e di quotidianità. Per questo motivo, ho invitato le donne intervistate a parlare nella lingua che preferivano ma solo in un caso l'intervista è stata effettuata interamente in spagnolo.
Le testimonianze raccolte sono ricche di spagnolismi: nel racconto si alternano frasi in italiano e in

spagnolo; per questo motivo, al fine di rendere comprensibile il testo, ho eseguito una traduzione ponendo attenzione a non modificare il significato della narrazione.

3.3 L'accesso al campo

Rispetto alle interviste svolte, nel lavoro con gli operatori sanitari ho riscontrato una maggiore facilità nella realizzazione rispetto alle donne migranti mentre l'accesso al campo e l'osservazione partecipante sono risultati più complicati. Benché gli operatori si siano mostrati disponibili a collaborare alla ricerca mediante un'intervista, l'accesso al reparto di procreazione assistita mi è stato negato. In questo caso, la Direzione Sanitaria di uno dei due centri ai quali mi ero rivolta, dopo diversi mesi dalla richiesta, ha dato il nulla osta ma con limiti ben precisi che hanno impedito la realizzazione dell'osservazione partecipante. In particolare, in base al rispetto delle norme della privacy dei pazienti, la Direzione dell'Ospedale Santa Rita ha specificato le condizioni del lavoro sul campo: non è possibile partecipare alle visite mediche né osservare il funzionamento del reparto e dei laboratori; è il medico che si occupa di contattare i pazienti per proporre loro un'intervista. Per ottenere un'organizzazione diversa della ricerca avrei dovuto presentare un progetto dettagliato al Comitato etico Regionale con una dilatazione notevole dei tempi di attesa per l'approvazione.

Nell'ospedale Sant'Anna, il primario dell'Unità Operativa e la responsabile del centro di infertilità mi hanno accolto senza difficoltà mostrando interesse verso il progetto di ricerca e la metodologia adoperata. Il primo giorno in reparto, la responsabile del centro mi ha fornito un camice bianco, come elemento indispensabile per la mia permanenza, mi ha concesso di assistere alle visite ambulatoriali, osservare il funzionamento del laboratorio embriologico e andrologico. Inoltre, nel caso di richieste specifiche da parte delle donne migranti coinvolte nel progetto, legate a problematiche personali e lavorative, ho avuto a disposizione una stanza all'interno del reparto in cui svolgere gli incontri.

Come evidenziano Cerletti e Gessaghi (2012), nel corso dell'indagine sono emerse situazioni in cui campo sembrava chiudersi, altre in cui si notavano "aperture" e possibili sviluppi. Nella maggior parte dei casi, il primo contatto con le donne da intervistare avveniva sul terreno in cui svolgevo osservazione partecipante. In pochissimi casi, la mia proposta di incontro è stata rifiutata direttamente, a volte l'appuntamento per l'intervista veniva cancellato e rinviato in base a particolari esigenze della donna. Nel caso di ex pazienti, le donne venivano contattate dal medico responsabile che presentava la mia ricerca e proponeva loro di partecipare. Tale procedimento da una parte ha

facilitato l'accesso, in quanto ha permesso di ottenere nell'immediato risposte positive ma è accaduto che in seguito declinassero l'invito.

Nel caso delle donne migranti ho affrontato situazioni particolari legate a condizioni materiali vincolate alle disuguaglianze sociali che hanno determinato alcune difficoltà nello svolgimento delle interviste senza ostacolare il lavoro sul campo. Per questo ho svolto alcune interviste presso centri commerciali, bar o giardini pubblici, luoghi in cui il rumore, l'affollamento e le condizioni climatiche influenzavano lo svolgimento della conversazione. Ciò ha comportato un maggior attenzione nella scelta dello spazio operativo. Nella fase finale della ricerca, ho avuto la possibilità di usufruire di una stanza all'interno dell'Università in cui incontrare le donne migranti. Per venire incontro agli impegni lavorativi e familiari delle donne da intervistare ho cercato di dare la massima disponibilità, molte spontaneamente mi invitavano a casa mentre in poche hanno preferito uno spazio diverso. Le donne migranti non hanno mai rifiutato di essere audio registrate e molte volte hanno chiesto informazioni riguardo al tema della ricerca agli obiettivi individuati. In relazione al tema dell'infertilità non ho notato difficoltà a raccontare la propria esperienza, per molte si è trattato di affrontare un argomento di cui non si parla in famiglia e con gli amici, per vergogna e per la sofferenza provata. In particolare, l'apertura e lo sviluppo del lavoro sul campo è il risultato della condivisione di esperienze personali e del tentativo di adottare un atteggiamento privo di valutazioni.

Nel corso dell'etnografia non ho riscontrato difficoltà nello svolgere attività di osservazione partecipante presso le comunità religiose frequentate da numerosi latinoamericani. Grazie all'intermediazione del precedente cappellano responsabile, l'accesso alla Curia Pastorale Latinoamericana è stato relativamente facile. In breve tempo, sono stata accolta dal sacerdote responsabile che mi ha presentato i numerosi volontari, informandomi riguardo agli eventi in programma e alle attività offerte quotidianamente. Nel corso delle diverse attività organizzate dalla Curia avevo la possibilità di presentarmi ai fedeli partecipanti spiegando gli aspetti principali relativi al progetto di ricerca per la tesi di dottorato. La presenza prolungata sul campo mi ha permesso di incontrare diverse donne che si mostravano interessate a discutere di questioni riproduttive e dell'esperienza di fede nelle migrazioni. Nel corso delle interviste ho percepito da parte delle donne la volontà di condividere le esperienze di migrazione, lo spaesamento e le risorse acquisite, è emersa la voglia di raccontarsi e sottolineare aspetti personali spesso taciuti che rimangono nascosti nel discorso pubblico. In questo modo, attraverso l'osservazione partecipante sono entrata a far parte della quotidianità dei testimoni per tentare di comprendere meglio le differenze fra ciò che raccontavano e ciò che effettivamente facevano (Malinowski, 1922).

3.4 Il lavoro sul campo tra classi sociali e disuguaglianze

Nel corso del lavoro sul campo emerge la centralità della relazione tra ricercatore e soggetti intervistati. Come sottolineano Cerletti e Gessaghi (2012), si tratta di una relazione di potere asimmetrica, costitutiva dell'indagine etnografica.
Altro aspetto fondamentale riguarda la permanenza prolungata sul terreno di indagine, elemento indispensabile al fine di conoscere in profondità le diverse forme di relazioni, le conoscenze taciute, le logiche culturali implicite.

L'esperienza è durata circa tre anni, l'avvicinamento alla lingua dei pazienti, al linguaggio del medico, e al sapere localizzato mi hanno permesso di costruire relazione di fiducia con gli interlocutori, sia con le donne migranti sia con gli operatori sanitari.
L'aver stabilito legami con i soggetti partecipanti si è rivelato uno strumento metodologico chiave. La relazione di fiducia sviluppata con le donne migranti e gli operatori, in particolare alcune specializzande, ha permesso una costruzione dialogica delle conoscenze antropologiche mediante il ruolo attivo dei soggetti coinvolti. In questo senso, il lavoro sul campo ha rappresentato il tentativo di integrare il sapere dei diversi soggetti intervistati nella costruzione stessa della descrizione etnografica.

L'analisi di Cerletti e Gessaghi (2012) definisce la permanenza prolungata sul terreno di indagine un processo fondamentale che precede ed accompagna il lavoro di ricerca, consentendo di mettere in luce la complessità e la ricchezza della vita sociale. Il ricercatore, essendo coinvolto in prima persona nella costruzione dell'etnografia, deve essere consapevole che il suo sguardo è carico di teorie specifiche per evitare di pretendere di essere neutrale e oggettivo.
I processi etnografici si basano sulla relazione asimmetrica tra etnografo e soggetti intervistati, per questo "è molto difficile assumere nella pratica una attitudine ad apprendere nei contesti in cui si concede al ricercatore una condizione di privilegio" (Rockwell, 2009). La consapevolezza della posizione particolare del ricercatore permette di evitare i rischi di ridurre i soggetti intervistati alle categorie sociali dominanti.

L'approccio etnografico si basa sull'idea che tutti i soggetti coinvolti abbiano capacità di *agency*, indipendentemente dalla classe sociale di appartenenza. Alla costruzione dell'intervista partecipano sia il ricercatore che il soggetto intervistato, la narrazione infatti deve essere compresa all'interno di questa stessa relazione ed al contesto sociale. È dentro questo scenario che si problematizza il peso delle diseguaglianze sociali nella costruzione dei soggetti. Secondo Fonseca (2005) la classe sociale, l'etnia di appartenenza sono elementi rilevanti: organizzano idee e comportamenti all'interno della società contemporanea, come le dinamiche di relazione. Infatti la classe sociale non è considerata

caratteristica fissa e immutabile del soggetto ma si tratta di una relazione tra più fattori, comprensibile all'interno delle trasformazioni che essa stesse produce.

Come sostengono diversi studi (Remotti 1997, Clifford 1998), il sapere etnografico è il risultato di una negoziazione tra i modelli interpretativi dell'etnografo e quelli dei soggetti intervistati. Il lavoro sul campo si definisce a partire dalla relazione dominazione-subalternità, una negoziazione continua tra poteri, un rapporto che si trasforma nel tempo in relazione alle caratteristiche dei soggetti e al modello dominante di relazione di genere e generazione. Secondo Cerletti e Gessaghi (2012) occorre considerare le relazioni sul campo come conflittuali, fluide e dinamiche. Il campo è visto come uno spazio di conflitto in quanto individua un "processo attraversato da relazioni asimmetriche in cui soggetti negoziano, si appropriano, controllano e riproducono i significati attribuiti alle pratiche" (Cerletti e Gessaghi, 2012, p. 43).

Le prospettive che considerano le difficoltà di accesso e di sviluppo del lavoro sul campo con aspetti dipendenti dalle posizioni sociale dell'etnografo e degli intervistati, sembrano supporre che il soggetto subalterno abbia un ruolo passivo. Come sostengono alcuni studi (Latour, 2000) nell'incontro etnografico si apre sempre la possibilità di un rischio, quello di considerare gli atteggiamenti delle classi subalterne come espressione di ignoranza, alienazione, arretratezza. Tali categorizzazioni sono interpretate come causa stessa della loro miseria: il problema si sposta dalla povertà al povero. Per Cerletti e Gessaghi (2012) la capacità di *agency*, intesa come il ruolo attivo del soggetto nella costruzione della realtà sociale, appartiene a tutti i soggetti indipendentemente dalla classe di appartenenza; piuttosto è il risultato della tensione fra limitazioni strutturali e possibili margini di azione. In questa prospettiva, emergono processi di appropriazione mediante i quali la persona stessa prende possesso e impiega le risorse culturali disponibili. Rispettare *l'agency* reciproca nell'interazione permette una negoziazione tra le parti della relazione. Sostenere che il lavoro sul campo non dipenda dalla classe sociale di appartenenza non significa negare la rilevanza delle diseguaglianze fra le classi sociali, ma rendere dignità alla capacità di agency di ciascun soggetto. Le problematiche di acceso al campo non sono determinate dalla classe sociale, ma fanno parte della costituzione intrinseca dell'indagine.

In ambito antropologico, l'esperienza etnografica e la sua restituzione testuale si prefiggono di problematizzare le situazioni studiate sul campo, trasmettendo il senso dei micro-processi quotidiani, mostrando i rischi del rapporto asimmetrico e l'attenzione alla traduzione dei confini culturali e linguistici (Remotti, 1997). L'indagine etnografica non rappresenta una semplice catalogazione dei dati raccolti ma definisce un'attività costruttiva attribuendo significato ai fenomeni. Secondo Clifford (1998) occorre passare da un modello monologico, in cui l'autore osserva, ascolta e registra facendosi

unico portavoce dei soggetti intervistati, ad un approccio dialogico in cui nessuno possiede “autorità etnografica”, dove la realtà mostrata è una costruzione a partire da un incontro.

CAPITOLO IV

Le tecnologie riproduttive in Italia: il quadro normativo, le politiche sulla fertilità e l'accesso ai servizi di salute riproduttiva

4.1 Introduzione

L'Organizzazione Mondiale della Sanità definisce "infertilità" la malattia che interessa il sistema riproduttivo e consiste nell'assenza di concepimento dopo 12 mesi di rapporti liberi non protetti, può essere causata da fattori femminili, maschili o da entrambi, mentre in alcuni casi non è possibile individuarne una causa[38]. Nel mondo, l'infertilità riguarda circa il 10% delle coppie in età riproduttiva, mentre in alcuni paesi raggiunge il 30%, in particolare in Medio Oriente, Nord Africa, Africa sub-sahariana (Nachtigall, 2006; Mascarenhas et al., 2012). Recenti ricerche demografiche indicano che l'infertilità rappresenta un problema di dimensioni globali benché non sia disponibile una valutazione precisa riguardo all'incidenza del fenomeno (Cfr. Inhorn, Patrizio, 2015). Infatti, è difficile stimare il numero preciso di persone infertili a causa di diversi fattori: l'eterogeneità dei criteri usati per definire l'infertilità (uno/due/cinque anni di rapporti non protetti senza concepimento), l'interscambiabilità delle unità di analisi (l'infertilità è attribuita alla coppia, alla donna, all'individuo), la completa assenza di dati sugli uomini infertili, responsabili di più della metà dei casi di infertilità di coppia. Negli ultimi anni le indagini condotte al fine di stimare l'incidenza dell'infertilità hanno riportato risultati differenti: nel 2002, un'indagine mostra la presenza di 186 milioni di donne infertili, mentre una ricerca pubblicata nel 2007, registra a livello mondiale circa 70 milioni di donne infertili di cui 40 milioni (56%) ricorrono alle cure mediche (Bovin et al, 2007). Uno studio più recente condotto in 190 paesi, nel periodo 1990-2010 (Mascarenhas et al., 2012) ha calcolato che 48,5 milioni di coppie hanno vissuto esperienze di infertilità.

L'infertilità è considerata dall'OMS una disabilità, in quanto indica una disfunzione della capacità riproduttiva umana. Inoltre, avvisa l'OMS, si configura come un'emergenza sociale da risolvere, in particolare nei paesi non occidentali dove sono presenti circa 34 milioni di donne infertili a seguito di infezioni materne e aborti non sicuri. Nel contesto europeo, circa 1 coppia su 6 ha avuto esperienze

[38] WHO propone altre due definizioni di infertilità: a livello demografico, si definisce infertilità l'incapacità delle donne in età riproduttiva (15-49) di rimanere incinta durante 5 anni di esposizione alla gravidanza. A livello epidemiologico, si definiscono infertili le donne (in età fertile 15-49 anni) che riferiscono di aver tentato di ottenere una gravidanza senza successo per due anni.

di infertilità, si stimano più di 25 milioni di persone infertili (ESHRE[39], 2017). Fra i fattori sociali che incidono sull'incremento dell'infertilità, l'ESHRE (2017) individua la limitata informazione ed educazione sulla prevenzione e cura dell'infertilità, evidenziando come, a livello europeo, la protezione della fertilità rimanga una questione sottovalutata e fraintesa. Le difficoltà riscontrate dalle donne nel parlare di infertilità con il proprio partner e con operatori sanitari indicano la presenza di una forte stigmatizzazione sociale non solo femminile ma anche maschile, di cui gli operatori sanitari devono tener conto. ESHRE ribadisce la necessità di considerare le conseguenze indirette derivanti dalla condizione di infertilità sulla salute delle coppie, infatti l'infertilità rappresenta non solo una condizione medica ma una questione sociale. Nel contesto italiano, le istituzioni sanitarie avvertono che "nel corso degli ultimi anni si è registrato un preoccupante incremento delle affezioni acute e croniche della sfera riproduttiva. Tutto ciò è correlato anche a comportamenti scorretti o dannosi acquisiti in età giovanile, dovuti in parte ad una scarsa informazione[40]".

Già negli anni '30, a seguito della scoperta del ciclo ormonale e all'individuazione delle fasi dell'ovulazione, si registrarono i primi casi di fecondazione assistita nei paesi anglosassoni e, come emerge dai *test-tube babies*[41], la pratica si diffuse rapidamente nel mondo occidentale. Tra gli anni '50 e '60 si registrò un incremento della pratica della procreazione assistita in Europa e negli Stati Uniti. Alla fine degli anni '60 due diversi gruppi di ricercatori, in Australia e nel Regno Unito, si occuparono di risolvere il problema dell'infertilità di tipo tubarico mediante la fecondazione di ovociti umani in VITRO e poi trasferiti in utero. Mentre nel 1973 a Melbourne si registrò il primo tentativo fallito di fecondazione extracorporea, nel 1978 nasce nel Regno Unito Louise Brown, a seguito di fecondazione in vitro (Cfr. Flamigni, 1998). Le scoperte introdotte grazie alla ricerca scientifica internazionale, gli interessi economici delle grandi industrie, non solo farmaceutiche, e il miglioramento delle condizioni di vita e di salute della popolazione contribuirono a far emerge nei paesi occidentali la percezione di un problema dell'infertilità. Dal 2000 al 2015 il rapido sviluppo delle tecnologie è per molti versi sorprendente, in quanto appare un processo indipendente dalle scoperte scientifiche e dai mutamenti sociali che, al contrario, riflette la fiducia nelle innovazioni tecnologiche. Le ricerche condotte da Franklin (2016, 2013, 2006, 1995,), Inhorn (2015, 2008), Mor e Kochb (2016) mettono in evidenza l'elevata variabilità normativa in materia di disponibilità e accessibilità alla fecondazione assistita, ipotizzando che la PMA prenda una forma specifica in base al contesto nazionale in cui si applica, grazie all'intervento di molteplici fattori. La grande variabilità

[39] Società Europea di Riproduzione Umana ed Embriologia.
[40] Campagna Futuro Fertile, Ministero della Salute italiano, 2015.
[41] Termine usato dalla stampa per la prima volta negli anni '30 per riferirsi ai bambini concepiti con fecondazione artificiale in VIVO.

fra Nazioni, nell'ambito dei servizi di PMA offerti, non trova una spiegazione esaustiva nel ruolo oppositivo svolto dall'autorità religiosa. La posizione delle Chiese non risulta determinante nell'orientare le scelte procreative ma emergono fattori politico-sociali rilevanti: motivazioni economiche, il discorso diffuso dai media, i casi giudiziari dibattuti, l'influenza di leader politici o partiti (Franklin, Inhorn, 2016; Inhorn, Patrizi, 2015; Mohr, Kochb, 2016).

4.2 Il quadro normativo della PMA in Italia

Dalle analisi antropologiche condotte in diversi paesi a livello europeo e internazionale, emerge la grande variabilità delle storie nazionali di riproduzione come l'espressione di logiche culturali e dinamiche politiche specifiche (Roberts, 2013, 2016b; Inhorn, Patrizio, 2015; Thompson, 2016, 2015; Mattalucci, 2017; Mor e Kochb (2016)). In questo senso, la PMA assume una forma diversa in ogni paese poiché riflette i valori culturali e religiosi che connotano una specifica regione. Le analisi antropologiche condotte mostrano che la PMA rappresenta un simbolo di cambiamento tecnologico e un veicolo di trasformazioni sociali (Franklin, Inhorn, 2016). Allo stesso tempo, l'interesse dimostrato per la gestione sociale delle tecnologie riproduttive (casi giudiziari, sentenze della Corte Costituzionale, Circolari e Ordinanze Ministeriali, Decreti Legislativi, interventi delle autorità religiose e delle istituzioni politiche) mostra il profondo legame fra le stesse, i processi di riproduzione sociale e morale della Nazione e il potere di modellare identità individuali, familiari e di coppia.

4.2.1 I primi tentativi di regolamentare la fecondazione assistita

In merito alla storia dell'applicazione delle tecniche di procreazione assistita in Italia, possiamo distinguere tre periodi: dagli anni Sessanta fino alla metà degli anni '80, si pratica la fecondazione omologa e eterologa in VIVO, all'interno di centri pubblici e privati per l'infertilità, con l'utilizzo di donatori, che si autoregolamentano sulla base delle indicazioni fornite dalla comunità scientifica di riferimento; in un secondo periodo dal 1985 al 1998, si assiste ad un primo tentativo di regolamentazione mediante alcune Circolari del Ministero della Sanità in relazione all'emergere della questione del virus dell'HIV, che vietano l'eterologa nei centri pubblici. Dal 1995 si introducono le tecniche in vitro e si iniziano a raccogliere i dati dei donatori. Dal 1998 al 2004 si stabilisce il divieto di commercializzazione di gameti, embrioni e materiale biologico, si assiste ad un incremento nel

numero di centri privati (175) rispetto ai centri pubblici (80), in 75 centri privati si offrono tecniche eterologhe.

La Circolare[42] del Ministero della Salute del 1° marzo 1985, la cosiddetta Circolare Degan[43] e la Circolare del 27 aprile 1987 n. 19 definiscono rispettivamente il divieto della possibilità di praticare la PMA di tipo eterologo all'interno delle strutture del Servizio Sanitario Regionale e le misure di prevenzione della trasmissione del virus HIV e di altri agenti patogeni attraverso il seme umano impiegato per fecondazione artificiale di tipo eterologo. Tali provvedimenti rappresentano il primo tentativo di regolare l'applicazione delle tecniche di fecondazione assistita, anche di tipo eterologo. La Circolare Degan vieta la fecondazione eterologa nei centri pubblici, dove quindi è autorizzata solo la fecondazione omologa che può essere richiesta soltanto da coppie sposate. Di conseguenza, la fecondazione eterologa viene praticata solo nei centri privati, a cui possono rivolgersi anche coppie non sposate. La Circolare del Ministero della Sanità del 1987, n. 19, a fronte del pericolo della trasmissione del virus dell'HIV, stabilisce "i protocolli per l'utilizzazione del seme per le inseminazioni eterologhe, dettano altresì le regole di approntamento dello schedario delle coppie che si sottoponevano a tale pratica e dei donatori di gameti, nonché della tipologia di accertamenti da svolgere su questi ultimi[44]". Tali provvedimenti hanno avuto l'effetto di favorire i centri privati ma senza alcun fondamento legislativo, come peraltro viene segnalato nella relazione accompagnatoria di alcuni disegni di legge in materia, presentati nel corso della XII legislatura[45].

Durante gli anni '80, a fronte della scarsa disponibilità di donatori dovuta all'assenza di una regolamentazione ufficiale in materia, si registrano diversi casi in cui i medici stessi si offrono di donare il seme per la fecondazione assistita. La Circolare Ministeriale[46] del 10 aprile 1992 si occupa di disciplinare le procedure relative alla donazione di seme, in relazione all'emergere del problema sociale dell'HIV. In questo caso, il Ministero interviene in materia di fecondazione eterologa specificando "la disciplina concernente le modalità di raccolta, preparazione e crioconservazione del liquido seminale dei donatori, nonché dello screening cui doveva essere sottoposta la donna ricevente la donazione, al fine di tutelare l'eventuale nascituro[47]".

[42] In base alla gerarchia delle fonti le circolari non sono leggi, ma direttive interne all'amministrazione, cioè non hanno valore normativo ma di mera istruzione operativa.
[43] Circolare non pubblicata nella Gazzetta Ufficiale.
[44] Circolare del Ministero della Sanità del 27 aprile 1987 "Misure di prevenzione della trasmissione del virus HIV e di altri agenti patogeni attraverso il seme umano impiegato per fecondazione artificiale".
[45] Relazione della XII Commissione permanente per gli Affari Sociali presentata alla Camera dei deputati il 14 luglio 1998 sulle proposte di legge n. 414, n. 616 e n. 816.
[46] Circolare Ministeriale del 10 aprile 1992 "Misure di prevenzione della trasmissione dell'HIV e di altri agenti patogeni nella donazione di liquido seminale impiegato per fecondazione assistita umana e nella donazione d'organo, di tessuto e di midollo osseo", non pubblicata in Gazzetta Ufficiale.
[47] Circolare Ministeriale del 10 aprile 1992.

Per comprendere la portata effettiva del problema dell'infertilità nella popolazione italiana, nel 1994 viene istituita una Commissione di esperti del Ministero della Sanità, al fine di calcolare l'incidenza della sterilità nella popolazione italiana. Il progetto fallisce perché a seconda del parametro utilizzato nell'indagine, il tasso di infertilità varia notevolmente. Infatti, se si considera l'infertilità come incapacità di concepire dopo 12 mesi di rapporti non protetti, il tasso di infertilità è pari a 36.6%, mentre se si prendono in esame solo le coppie che non hanno concepito dopo 24 mesi il tasso di infertilità nella popolazione scende al 20.6%. Le coppie che richiedono consulenza in Italia per problemi relativi alla fertilità rappresentano 8.6% della popolazione fertile. Un'indagine condotta dal Ministero della Salute nel 1991 attesta la presenza di 60.000 coppie sterili in Italia di cui solo 26.000 decidono di richiedere assistenza sanitaria.

A seguito di gravi fatti di cronaca riguardanti la donazione di materiale biologico a fronte di un compenso, l'Ordinanza del Ministero della Sanità del 5 marzo 1997, n. 55[48] vieta «ogni forma di remunerazione, diretta o indiretta, immediata o differita, in denaro od in qualsiasi altra forma per la cessione di gameti, embrioni o, comunque, di materiale genetico», nonché ogni forma di intermediazione commerciale finalizzata a tale cessione, disponendo l'obbligo da parte dei centri che praticavano l'eterologa di comunicare alcuni dati al Ministero della Sanità[49].

Nel 1998, la Camera dei Deputati[50] rileva la presenza di un vuoto normativo in materia di procreazione assistita e rende noto che il Parlamento ha tentato più volte di disciplinare la materia senza mai riuscirci. In quella sede, i deputati sottolineano che l'Italia rimane l'unico "Paese europeo privo di una regolamentazione in materia, privo, quindi, di ogni regola e tutela". Come emerge dagli atti della sentenza 162/2014 della Corte Costituzionale, dal 1998 e fino all'emanazione della legge 40 del 2004, l'applicazione delle tecniche di fecondazione eterologa era, infatti, «lecita […] ed ammessa senza limiti né soggettivi né oggettivi» e, nell'anno 1997, era praticata da 75 centri privati.

4.2.2 Dalla Legge 40/2004 ad oggi

Nel 2004 il legislatore decide di intervenire attraverso la Legge 40/2004 in materia di fecondazione assistita. In questo provvedimento legislativo il ricorso alla PMA è consentito per risolvere problemi di infertilità e sterilità di coppia, l'accesso alle tecniche è garantito nel caso in cui non vi siano

[48] Ordinanza del Ministero della Sanità, a firma del Ministro pro-tempore On. Bindi "Divieto di commercializzazione e di pubblicità di gameti ed embrioni umani" pubblicata in Gazzetta Ufficiale il 7 marzo 1997.
[49] Atti della sentenza 162/2014 della Corte Costituzionale.
[50] Camera dei Deputati, Relazione della XII Commissione Permanente (Affari Sociali) presentata alla Presidenza il 14 luglio 1998, sulle proposte di legge N. 414-616-816-817-958-991-1109-1140-1304-1365-1488-1560-1780-2787-3323-3333-3334-3338-3549-4755.

disponibili altri metodi terapeutici efficaci, a coppie di maggiorenni, di sesso diverso, coniugate o conviventi, in età potenzialmente fertile, entrambi viventi. Riguardo allo stato giuridico del nato (art. 8), i bambini nati a seguito dell'applicazione delle tecniche di procreazione medicalmente assistita hanno lo stato di figli legittimi o di figli riconosciuti della coppia che ha espresso la volontà di ricorrere alle tecniche medesime. Con riferimento alla genitorialità l'art. 9 esprime il divieto del disconoscimento della paternità e la madre non può dichiarare la volontà di non essere nominata. La Legge n. 40 del 2004 è stata novellata con diversi interventi del legislatore nell'intento di adeguarne i profili di incostituzionalità dichiarati dal giudice Costituzionale nel tempo. Recentemente, ancora la Corte Costituzionale è intervenuta[51], statuendo per le coppie omosessuali la legittimità del limite posto dalla Legge 40/2004 all'accesso a carico dello Stato.

Attualmente il trattamento di PMA nei centri pubblici è regolato da:

- Legge del 24 febbraio 2004, n. 40
- Linee guida del Ministero della Salute del 14 luglio 2004
- Decreto del Ministero della Giustizia e del Ministero della Salute del 21 Febbraio 2005, n. 42
- Sentenza della Corte Costituzionale del 08 maggio 2009 n.151
- Sentenza della Corte Costituzionale del 09 Aprile 2014 n. 162
- Sentenza della Corte Costituzionale del 05 giugno 2015, n. 96

Per maggiore chiarezza, conviene ripercorrere i passaggi fondamentali delle relative motivazioni.

- ***Sentenza della Corte Costituzionale del 2009, n. 151***

In questo caso, tre coppie di coniugi propongono istanza ai giudici ordinari per ottenere un provvedimento d'urgenza nei confronti dei medici, affinché eseguano in loro favore la creazione di un numero di embrioni superiore al limite stabilito per legge e la possibilità di crioconservazione degli stessi per eseguire più di un tentativo di impianto. Le coppie richiedenti presentano patologie genetiche con possibilità di trasmissione alla prole pari al 50%, per questo motivo. chiedono che venga riconosciuta la possibilità di revocare il consenso al trasferimento in utero degli embrioni prodotti qualora risultino affetti da malattia genetica.

In particolare, la Corte deve valutare la legittimità costituzionale della legge 40 del 2004 negli articoli in cui vieta la revoca del consenso dopo la fecondazione (art. 6 comma 3), vieta la creazione di un

[51]Con sentenza del 18 giugno 2019, n. 221, (pubblicata in Gazzetta Ufficiale il 23/10/2019).

numero di embrioni superiore a tre (art. 14, commi 2 e 3) e stabilisce il divieto di crioconservazione e soppressione degli embrioni *(*art. 14, comma 1).

Viene sollevata questione di legittimità costituzionale della Legge 40/2004, in base ai principi contenuti negli artt. 2, 3, 13, 32 della Costituzione, in particolare in base al principio di uguaglianza e il principio di ragionevolezza perché la legge non garantisce la tutela di tutti i soggetti coinvolti, favorendo in questo caso la tutela dell'embrione rispetto alla tutela dell'esigenza di maternità. Al contrario, occorre garantire la tutela dell'embrione favorendo le possibilità di successo di gravidanza. In questo caso, produrre tre embrioni significa che alcuni andranno dispersi in ogni caso o non daranno esito a gravidanza.

Nelle fattispecie, i ricorrenti sostengono l'illegittimità della legge nella parte in cui non considera il diritto alla salute, in particolare, laddove consente pratiche che non bilancerebbero adeguatamente la tutela della salute della donna rispetto a quella dell'embrione. La limitazione nel numero di embrioni producibili e impiantabili e la loro crioconservazione provocherebbero un danno alla salute della donna che, nel caso di fallimento delle procedure biomediche, dovrebbe sottoporsi ad un ulteriore ciclo di stimolazione ovarica. La legge sarebbe illegittima in base al divieto di discriminazione: per quanto attiene alla parità di trattamento, la norma in esame non garantisce a tutte le coppie le stesse possibilità di successo perché coppie con condizioni di salute e di età migliori hanno maggiori possibilità di ottenere un concepimento. In questo modo, la legge discrimina le coppie affette da gravi patologie nel momento in cui stabilisce che le coppie pur presentando condizioni diverse (diagnosi di infertilità, salute, età) debbano per legge avere soluzioni identiche, cioè debbano sottoporsi ad una forma precisa di tecnica di fecondazione uguale per tutti.

La Corte accoglie le doglianze dei ricorrenti e dichiara l'illegittimità dell'art. 14 comma 2 e 3 in quanto in contrasto con l'art. 3 della Costituzione sotto il duplice profilo di ragionevolezza e di uguaglianza perché il legislatore prevede un modello unico a fronte delle notevoli differenze fra le coppie. È irragionevole non considerare la possibilità di adottare un trattamento diverso, in base alle condizioni della coppia, nel tentativo di non ledere la salute femminile obbligando ad ulteriori cicli di stimolazione. Seconda la Corte il fatto che esista un unico protocollo di applicazione delle tecniche, indipendentemente dalle caratteristiche della coppia (tipo di fertilità, età, salute) viola il diritto alla salute della donna. In particolare, la Corte dichiara l'illegittimità della Legge 40/2004 nella parte in cui prevede "un unico e contemporaneo impianto, comunque non superiore a tre" (comma 2) e decide di stabilire una deroga al divieto di crioconservazione nei casi in cui venga prodotto un numero di embrioni superiore a quello da impiantare e nel caso in cui la salute della donna non permetta il trasferimento degli embrioni (comma 3).

- ***Sentenza della Corte Costituzionale del 2014, n.162***

Si tratta del caso di tre coppie di coniugi che propongono istanza rispettivamente ai giudici ordinari di Milano, Firenze e Catania, per ottenere provvedimento d'urgenza nei confronti di medici affinché eseguano in loro favore le tecniche di PMA di tipo eterologo stante "infertilità assoluta" nella coppia. In particolare, in un caso si tratta di una coppia affetta da infertilità primaria, cioè la donna è sterile a causa di una menopausa precoce, mentre alla seconda coppia viene diagnosticata un'infertilità di tipo maschile, una azoospermia[52] assoluta, senza possibilità di intervento.

La questione di legittimità costituzionale, questa volta, riguarda la Legge 40/2004 nella parte in cui vieta il ricorso a tecniche di procreazione medicalmente assistita di tipo eterologo (art. 4, comma 3) e il divieto del disconoscimento della paternità e dell'anonimato della madre (art. 9 commi 1 e 3).

Le motivazioni dei ricorrenti fanno riferimento ai parametri di cui agli artt. 2, 3, 29, 31, 32, 117 della Costituzione e agli artt. 8 e 14 della Convenzione Europea dei Diritti dell'Uomo (CEDU) che garantisco il diritto alla vita privata e alla famiglia e stabiliscono il divieto di discriminazione. In particolare, il divieto di eterologa riguarda i seguenti principi: diritto alla piena realizzazione della vita privata familiare; diritto di autodeterminazione delle coppie, colpite da sterilità o infertilità irreversibile, alla propria genitorialità; diritto alla formazione della famiglia e alla tutela della finalità procreativa del matrimonio. Inoltre, si evidenzia il fatto che il trattamento di fecondazione eterologa non violerebbe il diritto del concepito al riconoscimento di un proprio *status filiationis* quale elemento costitutivo dell'identità personale. Il divieto di eterologa inoltre, violerebbe i principi di non discriminazione e di ragionevolezza, in virtù dei quali la legge non può stabilire una diversità di trattamento per soluzioni identiche, salvo ragionevoli giustificazioni. In particolare, il divieto di ricorso alla PMA eterologa discriminerebbe le coppie infertili differenziandole unicamente in virtù della patologia di cui soffrono. All'identico limite della coppia (infertilità e sterilità) dovrebbe corrispondere un'identica possibilità di accedere alla miglior tecnica medico-scientifica utile. Il divieto totale di fecondazione eterologa si presenterebbe discriminatorio in modo irragionevole poiché non è il mezzo idoneo né l'unico per tutelare i concorrenti diritti confliggenti con il diritto all'accesso stesso.

In particolare, i ricorrenti sostengono l'illegittimità della legge nella parte in cui il divieto di procreazione eterologa non tutela l'integrità psichica e fisica delle coppie sterili. Riguardo all'ipotesi secondo la quale il ricorso alla fecondazione eterologa provocherebbe una frattura tra genitorialità genetica e genitorialità legittima, i ricorrenti evidenziano come nel nostro ordinamento siano già

[52] Condizione di sterilità definita dall'assenza di spermatozoi nel liquido seminale.

presenti istituti che legittimano i rapporti parentali a prescindere dalla relazione biologica genitoriale. Nella memoria depositata dalla società cooperativa UMR–Unità di Medicina della Riproduzione, che si è costituita parte civile, viene evidenziato il fatto che le pratiche di fecondazione eterologa basate sull'utilizzo di gameti esterni alla coppia rappresentino un *dono*. Secondo la Società di Medicina della Riproduzione, si tratta di riconoscere tale pratica terapeutica come "un atto volontario e gratuito caratterizzato da istanze di solidarietà".

La Corte dichiara l'illegittimità costituzionale del "divieto del ricorso a tecniche di procreazione medicalmente assistita di tipo eterologo, qualora sia stata diagnosticata una patologia che sia causa di sterilità o infertilità assolute ed irreversibili". La decisione viene presa in considerazione dei seguenti parametri: in primo luogo, si tratta di questioni etiche in cui bisogna ricercare un equilibrio fra i molteplici interessi contrapposti che si riferiscono alla tutela dell'embrione e la tutela dell'esigenza procreativa della coppia; in secondo luogo, la censura del divieto non viola le norme internazionali ed europee che escludono l'uso della PMA a fine eugenetici e il divieto di clonazione[53].

La Corte fa presente che la Legge 40/2004 può considerarsi incostituzionale nel momento in cui non consente l'accesso alla PMA eterologa a coppie sterili cioè destinatarie della legge stessa, in particolare perché impedisce la formazione di una famiglia considerata come l'espressione di autodeterminazione dell'individuo e del diritto alla libertà di scelta che riguarda la vita privata e familiare. La Legge 40 del 2004 si propone di tutelare le esigenze di procreazione dichiarando che la volontà di formare una famiglia anche per una coppia sterile è incoercibile dallo Stato. Il divieto di fecondazione eterologa è illegittimo per la Corte in relazione al diritto alla salute considerato come una forma di tutela del benessere psichico non solo fisico della coppia[54]. Si sottolinea come non ci sono differenze sostanziali negli effetti sulla salute fisica provocati dalla PMA di tipo omologo ed eterologo, mentre l'impossibilità di fare figli con il proprio partner mediante le tecniche eterologhe provoca conseguenze gravi sul benessere della coppia.

La Corte conclude che l'assolutezza del divieto di eterologa non è l'unico modo per tutelare valori costituzionali. Infatti, le conseguenze relative al rischio psicologico nel nascituro derivante da una genitorialità non naturale e dalla violazione dal diritto a conoscere la propria identità genetica sono state risolte con la Legge n. 154 del 2013[55] in cui si stabilisce l'eliminazione del vincolo di segretezza rispetto all'identità genetica e ai genitori biologici per le famiglie adottive. La Corte prosegue

[53] Convenzione di Oviedo del 4 aprile 1997, ratificata in Italia con Legge 28 marzo 2001, n. 145.
[54] Questa nozione corrisponde a quella sancita dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, secondo la quale «Il possesso del migliore stato di salute possibile costituisce un diritto fondamentale di ogni essere umano» (Atto di costituzione dell'OMS, firmato a New York il 22 luglio 1946).
[55] (art. 28, comma 4, della legge 4 maggio 1983, n. 184, recante «Diritto del minore ad una famiglia», nel testo modificato dall'art. 100, comma 1, lettera p, del d.lgs. n. 154 del 2013).

indicando come ulteriore elemento di irragionevolezza della legge il fenomeno del turismo procreativo: il divieto di eterologa introduce la possibilità di recarsi in altri paesi per effettuare la fecondazione assistita creando una disparità di trattamento in base alla capacità economica della coppia.

- ***Sentenza della Corte Costituzionale del 2015, n. 96***

In questo caso, alcune coppie fertili ma affette o portatrici sane di gravi patologie genetiche ereditarie, suscettibili di trasmettere al nascituro rilevanti anomalie o malformazioni, si rivolgono al giudice ordinario per richiede l'accesso alla PMA con diagnosi preimpianto. L'illegittimità costituzionale, questa volta, si riferirebbe agli artt. 1, commi 1 e 2, e 4, comma 1, nella parte in cui non consentono il ricorso alle tecniche di procreazione medicalmente assistita alle coppie fertili portatrici di malattie genetiche trasmissibili[56].

La Corte rileva innanzitutto "un insuperabile aspetto di irragionevolezza dell'indiscriminato divieto [...] all'accesso alla PMA, con diagnosi preimpianto, da parte di coppie fertili". L'impossibilità di ricorrere alla procreazione artificiale poneva tali coppie di fronte a due possibilità: rinunciare ad avere un figlio, oppure concepire in maniera "naturale" un figlio che molto probabilmente sarebbe stato colpito dalla malattia trasmessagli dai genitori, salva la possibilità di ricorrere poi all'aborto terapeutico.

Anche la Corte Europea dei Diritti dell'Uomo interviene riguardo al profilo di irragionevolezza della Legge 40/2004 dichiarando che "le conseguenze di tale legislazione sul diritto al rispetto della vita privata e familiare dei richiedenti sono evidenti. Al fine di tutelare il loro diritto ad avere un figlio che non sia colpito dalla malattia di cui sono portatori sani, l'unica possibilità a loro disposizione è quella di iniziare una gravidanza con mezzi naturali e quindi terminarla se il test prenatale dimostra che il feto non è sano". Nel richiamare e condividere tale valutazione, la Corte costituzionale argomenta che «[l]a normativa denunciata costituisce [...] il risultato di un irragionevole bilanciamento degli interessi in gioco, in violazione anche del canone di razionalità dell'ordinamento ed è lesiva del diritto alla salute della donna fertile portatrice di grave malattia genetica ereditaria nella parte in cui non consente, e dunque esclude, che, possano ricorrere alla PMA le coppie affette da patologie siffatte.

Tutte e tre le pronunce della Corte Costituzionale si basano essenzialmente sulla violazione dell'art. 3 della Costituzione, nella sua duplice accezione normativa di principio di eguaglianza e di principio

[56]Malattie rispondenti ai criteri di gravità di cui all'art. 6, comma 1, lett. b), della l. 22 maggio 1978, n. 194 («Norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria della gravidanza»), accertate da apposite strutture pubbliche.

di ragionevolezza, anche in relazione ad altre disposizioni costituzionali (artt. 13, 32). È indicativo dei delicati equilibri istituzionali, sottese alle vicende legislative dei provvedimenti, come la Corte, in ordine al rischio paventato di creare un vuoto normativo a seguito della cesura del divieto, respinga ogni addebito e lo rinvii al legislatore: il potere «di dichiarare l'illegittimità costituzionale delle leggi non può trovare ostacolo nella carenza legislativa che, in ordine a dati rapporti, possa derivarne; mentre spetta alla saggezza del legislatore […] di eliminarla nel modo più sollecito ed opportuno".

Ad oggi continua a tardare una rettifica della legge 40/2004 che garantisca l'applicazione delle tecniche di PMA in base alle interpretazioni della Corte Costituzionale, per questo motivo l'impianto normativo presenta dei vuoti che aprono il campo a forme di discriminazione e abusi di potere. Come evidenzia Maria Luisa Parisi (2017), gli aspetti più dibattuti e contraddittori della Legge 40/2004 sono stati riscritti da interventi giuridici messi in atto dalle persone stesse che hanno fatto ricorso alla PMA. Le Sentenze della Corte Costituzionale e dei tribunali ordinari, ricorda Parisi "hanno riabilitato – del tutto o in parte a seconda dei casi – alcune prassi mediche" (2017: 30) come, per esempio, il divieto di fecondazione con donazione di gameti.

4.2.3 Le Linee Guida in materia di procreazione medicalmente assistita

Tra le principali novità introdotte dalla riforma del titolo V della Costituzione, il nuovo art. 117 ridefinisce le competenze fra Stato e Regione nel campo della tutela della salute. In particolare, diventano di competenza dello Stato: la determinazione dei Livelli Essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale, le disposizioni generali e comuni per la tutela della salute e per le politiche sociali mentre sono affidate alle Regioni la programmazione e organizzazione dei servizi sanitari e sociali. Per questo motivo, nell'ambito della procreazione assistita, ogni Regione attraverso le delibere della Giunta Regionale rende attuative le norme generali e le disposizioni contenute nei Livelli Essenziali di Assistenza del 2017.

Per garantire un trattamento omogeneo sul territorio, le Linee Guida[57] introdotte dal Ministero della Salute nel 2004 contengono le indicazioni riguardo alle procedure e alle tecniche di procreazione medicalmente assistita. Tali indicazioni, intese come vincolanti per tutte le strutture autorizzate, sono aggiornate periodicamente, ogni tre anni, in rapporto all'evoluzione tecnico-scientifica. Lo scopo delle Linee Guida è fornire chiare istruzioni sulle modalità di erogazione dei servizi agli operatori

[57]Legge 40/2004, art. 7, dispone l'introduzione della Linee Guida contenenti le indicazioni delle procedure e delle tecniche di procreazione medicalmente assistita.

delle strutture autorizzate, affinché nell'applicazione delle tecniche di procreazione medicalmente assistita sia assicurato il pieno rispetto della legge.

Nelle Linee Guida del 2015, si definisce PMA l'insieme di procedure che prevedono il trattamento di ovociti, embrioni e spermatozoi, al fine di ottenere una gravidanza. Il ciclo di trattamento[58] prevede modalità omologhe (utilizzo di gameti della coppia) ed eterologhe (utilizzo di gameti maschili o femminili provenienti da donatori) che comprendono le seguenti tecniche: inseminazione intrauterina (IUI), fecondazione in vitro e trasferimento embrionario (FIVET), la micro iniezione intracitoplasmatica dello spermatozoo (ICSI), la crioconservazione di embrioni e gameti. In base a criteri di invasività tecnica e psicologica sulle coppie e di complessità, si suddividono in:

- *Tecniche di I livello:*

- inseminazione intrauterina (IUI) in ciclo naturale o con induzione dell'ovulazione multipla, eseguita utilizzando tecniche di preparazione del liquido seminale;
- crioconservazione gameti maschili.

- *Tecniche di II eseguibili in anestesia o sedazione profonda:*

- prelievo ovocitario per via vaginale;
- fecondazione in vitro e trasferimento dell'embrione (FIVET);
- iniezione intracitoplasmatica dello spermatozoo (ICSI);
- prelievo testicolare dei gameti (prelievo percutaneo o biopsia testicolare);
- eventuale crioconservazione di gameti maschili e femminili ed embrioni (nei limiti delle normative vigenti).

- *Tecniche di III Livello indicano procedure che necessitano di anestesia generale con intubazione:*

- prelievo microchirurgico di gameti dal testicolo (TESE);

[58] Per ciclo di trattamento si intende il percorso terapeutico suddiviso in fasi diverse che comprende un periodo di stimolazione ovarica e monitoraggi ecografici per almeno 2-3 settimane, al seguito dei quali si procede al trasferimento dell'embrione ottenuto in utero. Il ciclo può avvenire con gameti recuperati "a fresco" o crioconservati cioè in precedenza recuperati e poi congelati.

- prelievo degli ovociti per via laparoscopica.

In relazione al tipo di tecnica offerta, le strutture mediche si suddividono in: centri di I livello in cui si usano tecniche meno sofisticate come la IUI (inseminazione intrauterina) con inserimento del liquido seminale a freso o scongelato; centri di II e III livello in cui si eseguono procedure più complesse e invasive. I centri di I livello presenti nel territorio nazionale sono 155 e rappresentano il 43,8% del totale dei centri mentre 199 sono le strutture in cui si offrono prestazioni di II e III livello. In Italia sono presenti 354 centri per la prevenzione e cura dell'infertilità di cui 133 pubblici e privati convenzionati con il Sistema Sanitario Regionale (37%), e 161 privati (43%). Riguardo alla distribuzione dei centri sul territorio nazionale, i dati certificano una maggior concentrazione di centri pubblici e convenzionati nelle Regioni del Centro Nord.

Dal 2015, come è emerso dal Registro Nazionale PMA[59], l'introduzione di tecniche da scongelamento di embrioni e di ovociti ha permesso di migliorare l'efficacia del trattamento, la sicurezza e la capacità terapeutica. Infatti, dal 2015 sono in aumento i cicli da scongelamento, in particolare di embrioni, mentre diminuiscono i cicli "a fresco". I dati raccolti dal Registro PMA relativi al 2016 mostrano che, grazie alle continue innovazioni tecnologiche, si registra un aumento dei tassi di successo del trattamento: per le tecniche di II e III livello con "cicli a fresco" la percentuale di gravidanze rispetto ai cicli iniziati è del 17,3% mentre se consideriamo il tasso di gravidanza cumulativo[60] (cicli con scongelamento di embrioni e ovociti) è pari al 25,4%. Secondo i dati del Registro relativi al 2017, in Italia sono state sottoposte a procreazione medicalmente assistita (I, II, III livello, cicli "a fresco" e con materiale scongelato) circa 78.000 coppie, 13.900 sono le nascite a seguito di 98.000 cicli iniziati mentre rispetto alle tecniche con donazione di gameti, sono stati eseguiti 6700 cicli per 6000 coppie che hanno consentito la nascita di 1600 bambini/e.

Le Linee Guida del Ministero della Salute individuano alcuni elementi indispensabili al fine di erogare le prestazioni in modo uniforme sul territorio nazionale. In primo luogo, si dichiara che il ricorso alle tecniche di procreazione medicalmente assistita è consentito solo quando sia accertata l'impossibilità di rimuovere altrimenti le cause impeditive della procreazione ed è comunque circoscritto ai casi di sterilità o di infertilità inspiegate documentate da atto medico nonché ai casi di sterilità o di infertilità da causa accertata[61]. In base alla diagnosi di infertilità di coppia effettuata dal

[59] "Come funziona la PMA", Registro Nazionale PMA 2017.
[60] Indica la probabilità di ottenere una gravidanza per una donna che si sottopone a un ciclo di PMA con possibilità di effettuare cicli con scongelamento di embrioni e ovociti.
[61] Art.4 Legge 40 del 2004.

medico responsabile del centro, le Linee Guida stabiliscono alcune indicazioni sulla tecnica più opportuna da utilizzare. In secondo luogo, si ribadiscono i principi di applicazione delle tecniche: la gradualità delle tecniche nel rispetto della minore invasività e il consenso informato. A questo proposito, nelle Linee Guida si chiarisce che, in prima istanza, occorre utilizzare le opzioni terapeutiche più semplici, meno invasive e meno onerose, tenendo in debito conto l'età della donna e la causa, quando nota, dell'infertilità e della sterilità di coppia[62].

Diversamente dagli altri paesi europei[63], le Linee Guida del Ministero elaborate sulla base della Legge 40/04, individuano come necessaria per l'accesso al trattamento una corretta diagnosi di infertilità che consiste nell'accertamento dei requisiti previsti per le coppie alle quali si applicano le tecniche di procreazione medicalmente assistita[64]. Infatti, come sostiene il Ministero della Salute, a partire dalla diagnosi è possibile per il medico indicare il trattamento adeguato alla coppia che può essere di tipo medico, chirurgico o l'accesso alle procedure di PMA. Inoltre, ai fini di una corretta diagnosi, il medico responsabile del centro deve tener conto della presenza del "fattore temporale" che influisce sul percorso terapeutico e si esprime nei seguenti elementi: età della donna, esposizione alla possibilità di concepire (durata infertilità di coppia), riserva ovarica.

Per questo motivo, le decisioni del medico riguardo alla strategia terapeutica più adatta alla coppia devono considerare i seguenti fattori: in primo luogo, la letteratura scientifica in materia rende noto che la capacità riproduttiva della coppia subisce un peggioramento in relazione all'età femminile in quanto con l'avanzamento dell'età si osserva una riduzione della fertilità e un aumento del tasso di abortività. Infatti, nelle coppie in cui la donna ha più di 35 anni, le possibilità di concepire sono ridotte del 50% rispetto a coppie in cui il partner femminile ha un'età inferiore a 35 anni. In secondo luogo, occorre considerare la durata della sterilità, cioè da quanto tempo la coppia ricerca un bambino, tale valore non modifica la diagnosi ma influisce sulla prognosi riproduttiva della coppia perciò se la sterilità è di lunga durata sono minori le possibilità di successo delle tecniche. Infine, in merito alla riserva ovarica, cioè l'insieme delle cellule uovo presenti nella gonade femminile, viene definita "un patrimonio predeterminato suscettibile di un irreversibile depauperamento[65]". In questo senso, il dato clinico relativo alla riserva ovarica[66] assume una certa rilevanza poiché una riduzione del patrimonio

[62] Art.4 Legge 40 del 2004.
[63] ESHRE, Report PMA Paesi Europei, 2017.
[64] Art. 12 Legge 40 del 2004.
[65] Linee guida PMA 2015.
[66] L'ormone Antimulleriano è considerato indice della riserva ovarica. Il concetto di riserva ovarica si riferisce agli ovociti presenti nella donna in un determinato momento. In ogni donna la riserva si riduce ad un ritmo diverso ciò spiega la variabilità della menopausa da una donna all'altra. La riserva ovarica è misurata attraverso dei biomarcatori: la riserva ovarica e il conteggio dei follicoli. AMH è una sostanza prodotta dall'organismo e legata alla quantità di ovuli presenti nell'ovaio si misura attraverso un prelievo di sangue. La conta dei follicoli avviene tramite ecografia transvaginale che permette di valutare i follicoli presenti nell'ovaio.

follicolare può portare a condizioni di sub-fertilità, non solo come conseguenza di un'età riproduttiva avanzata ma può essere causata da un ridotto patrimonio follicolare congenito o dall'influenza di fattori iatrogeni o patologici.

Gli strumenti individuati dalle Linee Guida per regolare le modalità di applicazione delle tecniche di PMA sono i seguenti: la diagnosi di infertilità certificata dal medico della struttura di riferimento, la registrazione e mantenimento dei dati della coppia attraverso una scheda clinica, una scheda di laboratorio, una relazione conclusiva del medico da consegnare all'utente al termine delle prestazioni (contenente i seguenti dati: la procedura adottata, i farmaci usati per il pick-up, dati del monitoraggio endocrino/ecografico[67], i dati di laboratorio, i risultati ottenuti).

L'indagine condotta dall'ESHRE[68] nel contesto europeo evidenzia il modo in cui l'accesso alle tecniche di procreazione assistita sia condizionato da una limitata informazione ed educazione sull'infertilità. A ciò si aggiunge la rilevanza di stigma e tabù che impediscono di discutere apertamente delle esperienze di infertilità con il partner e gli operatori sanitari. Per questi motivi, mentre la protezione della fertilità rimane una questione sottovalutata e non pienamente compresa, l'infertilità viene percepita dai pazienti come una condizione sociale e non solo una malattia organica. Per garantire i diritti delle persone infertili, occorre considerare tre dimensioni che regolano l'accesso: accessibilità fisica e finanziaria, accettabilità-ricettività dei servizi da parte degli utenti. In primo luogo, porre attenzione all'accessibilità fisica significa offrire servizi di buona qualità in relazione ad aspetti organizzativi (orari di apertura, sistemi di appuntamento); accessibilità finanziaria, intesa non solo come capacità di saldare le prestazioni e i servizi offerti ma comprende i costi indiretti relativi all'intervento. In generale, l'accesso è influenzato dal sistema di finanziamento nazionale nell'ambito della salute riproduttiva e dai redditi familiari; il criterio di accettabilità dei servizi da parte degli utenti riflette la volontà delle persone di rivolgersi ai servizi in base alla percezione di adeguatezza delle prestazioni e dei servizi. L'accettabilità è bassa quando i pazienti percepiscono che i servizi sono inefficaci o quando fattori sociali e culturali come la lingua o l'età, il sesso, le origini nazionali o la religione dei pazienti e degli operatori ostacolano la ricerca di servizi.

A questo proposito, nelle Linee Guida del Ministero della Salute (2015) si sottolinea la rilevanza di attività di consulenza e sostegno alla coppia, in quanto si riconosce tale pratica come uno strumento utile per facilitare il processo di comunicazione medico-paziente. Nelle Linee Guida in materia di procreazione assistita elaborate dal Ministero della Salute si segnala che tutti i centri di infertilità,

[67] Nella scheda clinica della coppia sono indicati per ogni monitoraggio ecografico (effettuato in ospedale a giorni alterni durante il periodo di stimolazione ovarica): il numero, le dimensioni e la morfologia dei follicoli sviluppati, la presenza di eventuali cisti o fibromi, i livelli ormonali (LH, FSH, Estrogeni, PRL, AMH, TSH)
[68] Report Paesi Europei, ESHRE 2017.

oltre ad informare sulle possibilità di fallimento, devono invitare le coppie a considerare l'attitudine rispetto alla propria infertilità o a quella del partner. In particolare, in base agli obiettivi previsti, la consulenza si suddivide in: decisionale e di sostegno che può essere svolta dal medico della struttura; genetica e terapeutica che deve essere effettuata da esperti del settore.

Si definisce consulenza decisionale l'attività necessaria per far prendere una scelta alla coppia rispetto alle strategie terapeutiche considerando le conseguenze del trattamento sulla famiglia e rispetto al nuovo nato. Si consiglia l'accesso ad attività di sostegno nelle situazioni di forte stress per la coppia, in particolare, nei casi di fallimento ma anche per coloro che non possono accedere alle tecniche o nei casi in cui emergono difficoltà nell'affrontare un ciclo di PMA. La consulenza terapeutica prevede, da parte degli operatori, l'invito per le coppie a moderare le proprie aspettative e ad accettare particolari situazioni.

4.2.4 Le disparità regionali nelle modalità di erogazione dei servizi di diagnosi e terapia dell'infertilità

Per garantire il diritto alla salute, nel 2005[69] si considera necessario rendere attuativa la raccolta dei dati relativi alle prestazioni di PMA mediante l'istituzione del Registro Nazionale delle strutture autorizzate all'applicazione delle tecniche di procreazione medicalmente assistita, degli embrioni formati e dei nati a seguito dell'applicazione delle tecniche[70]. Il Registro è uno strumento utile a censire le strutture che operano nel territorio per garantire trasparenza e diffondere i risultati ottenuti mediante l'applicazione delle tecniche. Si raccolgono i dati anonimi delle coppie per progetti statistici o scientifici, e per permettere lo scambio di dati fra paesi, a livello europeo ed internazionale, sulla base dei quali il Ministero della Salute redige annualmente una relazione sullo stato attuativo delle pratiche di PMA e la invia al Parlamento.

La situazione registrata nel 2018 è la seguente[71]: il numero delle coppie trattate è in aumento così come il numero di cicli e di nati, in particolare, riguardo all'eterologa aumentano sia le coppie trattate che i cicli eseguiti. Rispetto all'età è stato riscontrato un aumento fra le donne fino a 39 anni mentre è in calo di un punto percentuale la quota di donne con età superiore o uguale a 40 anni. In particolare, riguardo all'eterologa con donazione di seme, l'età media della donna è inferiore rispetto ai cicli con donazione di ovociti. Secondo il parere del Ministero, tale fenomeno sembra indicare il fatto che le

[70]Decreto del Ministero della Giustizia e del Ministero della Salute del 21.2.2005

[71] Relazione al Parlamento sullo stato di attuazione della legge 40/2004 in materia di procreazione medicalmente assistita.

tecniche con donazione di gameti femminili siano scelte soprattutto nei casi di infertilità fisiologica, dovuta appunto all'età della donna e non per patologie specifiche.

Tuttavia, dai dati raccolti mediante il monitoraggio sui centri di infertilità, emerge una rilevante disparità di trattamento a livello regionale. Infatti, nonostante sul territorio nazionale le prestazioni di PMA vengano offerte nei centri pubblici e privati convenzionati come prestazioni a carico dello Stato, ogni regione stabilisce i limiti in termini di età femminile/maschile e di numero di cicli per ogni tecnica. In questo modo i costi per le coppie subiscono variazioni in base alla Regione e sono compresi fra 500 e 1500 euro per ciclo di PMA. A livello nazionale, il perdurare di tali disparità regionali implica l'incremento del fenomeno delle migrazioni regionali delle coppie che, inoltre, rende disomogenei i costi a carico del Sistema Sanitario Nazionale.

Come rileva il Ministero della Salute[72] nel 2011, esistono differenze notevoli nelle modalità di erogazione del servizio di PMA in base ai seguenti parametri osservati:

- limite età femminile da 40 anni a nessun limite
- numero di prestazioni da 6 a 3 cicli.
- Lista d'attesa media
- disponibilità di centri privati accreditati e in convenzione con il Sistema Sanitario Regionale.
- costi a carico dell'utenza
- modalità di erogazione in regime ambulatoriale, day surgery, ricovero ordinario[73].

Un altro fattore che produce disparità regionali nell'esecuzione delle tecniche riguarda la disponibilità di consulenza genetica. Nella regione Liguria, come emerge dall'osservazione sul campo, esistono solo due medici che si occupano di indagini genetiche. Ciò determina una lunga lista d'attesa e l'accesso risulta facilitato per coloro che hanno più possibilità sia in termini finanziari (non solo possibilità di pagare le prestazioni a livello privato ma anche l'opportunità di spostarsi per svolgere la fase diagnostica) che di capitale sociale e culturale.

Ogni Regione, a seguito anche delle indicazioni contenute nella Legge 40/04, ha disposto delle procedure e dei costi specifici per le prestazioni di PMA. La normativa dispone dei limiti per l'accesso alle procedure di PMA, in termini di età e di numero di tentativi a carico del Servizio Sanitario; ogni Regione stabilisce i limiti e i costi relativi alle prestazioni, organizzando il servizio sul territorio

[72] Relazione Ministero della Salute al Parlamento sullo stato di attuazione della legge 40/2004. Anno 2011.
[73]Rispettivamente: visita in ambulatorio, ricovero ospedaliero in regime di degenza diurna, ammissione in ospedale con pernottamento.

attraverso strutture private accreditate o interamente pubbliche. Di seguito i limiti di età femminile, regione per regione: 41 anni: Valle d'Aosta, Umbria; 42 anni: Calabria, P.A. Trento, Liguria, Toscana, Sicilia; 43 anni: Piemonte, Friuli Venezia Giulia, P.A Bolzano, Basilicata, Lazio, Emilia Romagna; 45 anni: Sardegna; 50 anni: Veneto (limite età maschile 65 anni); nessun limite/secondo indicazione medica: Lombardia, Marche, Abruzzo, Campania.

Con il Dpcm del 12/01/17 il Servizio Sanitario Nazionale riconosce come erogabili ai cittadini le prestazioni relative alla Procreazione Medicalmente Assistita, ciò significa che i cittadini possono accedere a queste prestazioni nella medesima maniera in cui richiedono e ottengono anche tutti gli altri servizi sanitari o assistenziali erogati dal sistema pubblico. In Italia, le prestazioni di PMA con o senza donazione di gameti sono state inserite nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), ad oggi, però, non esiste un decreto che determini le tariffe a carico del SSN, pertanto sono le singole Regioni a stabilire le modalità di applicazione delle tecniche. Nel 2012, il Parlamento esprime un parere negativo sulla Legge 40/2004 in quanto ha rappresentato un "decisivo peggioramento delle condizioni di realizzazione delle procedure di fecondazione, in particolare per le donne" che sono costrette a rivolgersi all'estero, trovandosi in una situazione definita *esilio procreativo* che alimenta la commercializzazione dei gameti. Numerose Associazioni di pazienti sollecitano i Ministri e la Conferenza delle Regioni a rendere attuativi i LEA del 2017. Infatti, si avvisa che la Delibera della Conferenza delle Regioni, in cui si riconosce l'inserimento della PMA eterologa per le coppie in età fertile fra le prestazioni a carico del Sistema Sanitario, è stata recepita sono da alcune Regioni, in prevalenza al Nord. In questo modo, si è creata una spaccatura nel territorio nazionale fra Nord e Sud che penalizza i pazienti residenti nelle zone più disagiate. Le associazioni di pazienti[74], sollecitano un intervento dello Stato affinché sia consentito l'accesso alle cure in modo gratuito e uniforme sul territorio. Benché attraverso la Legge 40/2004, lo Stato sia intervenuto in materia di patologie riproduttive facendosi carico della tutela della coppia nella ricerca della maternità, è opportuno l'inserimento delle tecniche di fecondazione assistita nei Livelli Essenziali di Assistenza al fine di garantire l'accesso ai servizi di PMA senza discriminazioni sul territorio nazionale assicurando alle coppie standard di cura adeguati.

In base alla Legge 40 del 2004, il Ministero della Salute è tenuto a trasferire ogni anno alle Regioni le risorse del Fondo delle tecniche per la riproduzione assistita e a pubblicare i dati relativi al suo utilizzo[75]. Il Fondo è istituito al fine di sostenere le iniziative che favoriscono l'accesso alle tecniche. Nel 2017 il Ministero trasferisce alle Regioni un importo totale pari a 460.000 euro[76], mentre dal 2018

[74] HERA ONLUS, AMICA CICOGNA, MADRE PROVETTA, SOS Infertilità, LUCA COSCIONI ONLUS.
[75] Art. 18 legge 40/2004.
[76] Relazione al Parlamento sullo stato di attuazione della legge 40/04, 2018.

è stato annullato per contenimento della spesa pubblica[77]. Per questo motivo, oltre alle problematiche relative all'attuazione dei LEA, emergono difficoltà nello sviluppo di progetti che consentano l'introduzione di tecniche non ancora fruibili nel territorio come la diagnosi preimpianto. Inoltre, mancano i fondi necessari per l'implementazione dell'eterologa, in particolare per l'acquisto di materiale (incubatore, centrifuga, ecografo) e per progetti di formazione al personale relativi all'applicazione di tali tecniche. Solo in un caso, la Regione Emilia- Romagna mediante una determina regionale e la relativa circolare applicativa, ha potuto procedere all'aggiornamento del tariffario per le prestazioni di PMA in base ai nuovi LEA[78]. In molte Regioni (Calabria, Marche, Molise, Basilicata) mancano i fondi per attivare centri di riferimento sul territorio, in quanto risultano assenti servizi in ambito pubblico; in alcuni casi, si implementano i centri esistenti con l'attivazione del II livello.

Nel Lazio si trasferiscono fondi arretrati pari a 4.500.000 da investire sia per il potenziamento dell'eterologa mediante l'istituzione di gare per l'acquisto di gameti e lo sviluppo di Banche Nazionali, sia per le tecniche di crioconservazione per pazienti con patologie tumorali. La Regione Lombardia denuncia la mancanza di centri di crioconservazione nel territorio italiano e a questo proposito propone uno studio di fattibilità per realizzare una Banca regionale di crioconservazione dei gameti maschili e femminili. Inoltre, si evidenzia come il definanziamento imposto alle Regioni influisca negativamente sull'operatività dei centri. Infatti, per l'acquisto di attrezzature la Regione Piemonte è stata obbligata a ricorrere ai fondi interni alla struttura con conseguenze sul personale che ha subito una riduzione. Tutto ciò ha impedito lo sviluppo di nuove tecniche in particolare in relazione al progetto di eterologa. La Regione Veneto trasferisce dei fondi regionali all'Azienda Ospedaliera Regionale per la realizzazione di un progetto di crioconservazione di gameti per la PMA. Inoltre, è stato formulato un piano per lo sviluppo di diverse attività: la creazione di spazi dedicati alla diagnosi preimpianto, l'acquisizione di gameti da donatori, progetti di formazione del personale per l'eterologa, lo sviluppo di una rete regionale integrata per la gestione delle liste d'attesa, per le procedure di PMA eterologa e per l'acquisizione di gameti.

Nella Regione Liguria, le condizioni per l'accesso alle tecniche sono state stabilite con determina n° 11 del 23 gennaio 2014 del Direttore generale dell'Agenzia regionale sanitaria. Riguardo all'età massima della donna, il Servizio Sanitario Regionale supporta l'esecuzione delle tecniche di PMA in donne che non abbiano ancora compiuto 43 anni. I partner maschili, invece, non devono aver compiuto i 55. In merito al numero di cicli rimborsati, il Servizio Sanitario Regionale garantisce la

[77] Relazione al Parlamento sullo stato di attuazione della legge 40/04, 2019.
[78] Numero di tentativi concessi per omologa e eterologa pari a 6, limite età femminile 46 anni, in regime ambulatoriale.

rimborsabilità di massimo 4 cicli di I livello e 3 cicli di II e III livello (l'accesso al II e III livello è indipendente dal I[79]). Dal momento che la PMA non è ancora stata inserita nel LEA regionali, le spese per prestazioni senza donazione di gameti (omologa) erogate nell'ambito della mobilità extra-regionale vengono rimborsate, purché venga rispettata la regolamentazione regionale in materia. Le prestazioni con donazione di gameti (eterologa), invece, non vengono rimborsate, in attesa della definizione delle tariffe a livello nazionale.

4.3 Le politiche sulla fertilità

Nel caso italiano, secondo ESHRE (Report 2017) la questione della salute riproduttiva è fortemente politicizzata e controversa, le decisioni politiche influenzano l'attuazione di programmi di sensibilizzazione nazionali sulla questione dell'infertilità. Le politiche di comunicazione promosse dal Governo a partire dal 2015 non sono sostenute da uno sviluppo dell'impianto normativo in materia, in quanto continua a tardare una rettifica della Legge 40/2004 che garantisca l'applicazione delle tecniche di PMA in base alle interpretazioni della Corte Costituzionale. Oltre il Registro Nazionale PMA istituito dalla Legge 40/2004, dal 2016 si segnala l'introduzione dei seguenti progetti nazionali di comunicazione: il Piano Nazionale per la Fertilità, la campagna Futuro Fertile, il Progetto diregiovani.

- *"Difendi la tua fertilità, prepara una culla nel tuo futuro"*

Nell'ambito nel Piano Nazionale per la Fertilità introdotto nel 2015, il Ministro della Salute Beatrice Lorenzin istituisce il giorno nazionale della fertilità, al fine di sensibilizzare soprattutto i giovani al problema dell'infertilità, mediante attività di informazione promosse in collaborazione con le istituzioni sanitarie locali, ASL, le società scientifiche e le associazioni di pazienti.

Il Piano viene pubblicizzato mediante alcuni slogan: *"La bellezza non ha età la fertilità sì!"*[80]*, "la Fertilità è un bene comune".* L'opinione pubblica sui social definisce il progetto una "campagna drammatica" in cui si incolpano le donne per aver rimandato la gravidanza e per essere scarsamente informate sui problemi relativi all'infertilità. Per molti, si tratta di una campagna che, di fronte alla

[79] Per I livello s'intende un ciclo in cui si è giunti all'inseminazione intrauterina (IUI) degli spermatozoi. Per II e III livello, invece, ci si riferisce a un ciclo in cui viene raggiunta la fase di transfer.

[80] Il volantino presenta l'immagine di una donna con la clessidra in una mano e l'altra sulla pancia.

denatalità, sembra considerare le donne solo come fattrici mentre incoraggia le coppie a riprodursi per il bene della Nazione.

Nell'ambito del Piano Nazionale, l'infertilità è considerata una delle cause del declino della natalità a livello nazionale. "Per favorire la natalità, se da un lato è imprescindibile lo sviluppo di politiche intersettoriali e interistituzionali a sostegno della genitorialità, dall'altro sono indispensabili politiche sanitarie ed educative per la tutela della fertilità che siano in grado di migliorare le conoscenze dei cittadini al fine di promuoverne la consapevolezza e favorire il cambiamento. Lo scopo del presente Piano è collocare la Fertilità al centro delle politiche sanitarie ed educative del nostro Paese"[81].

Il Piano è stato promosso per raggiungere i seguenti obiettivi: informare i cittadini sul ruolo della Fertilità nella loro vita e su come proteggerla evitando comportamenti che possono metterla a rischio; fornire assistenza sanitaria qualificata per difendere la Fertilità, promuovere interventi di prevenzione e diagnosi precoce al fine di curare le malattie dell'apparato riproduttivo e intervenire, "per ripristinare la fertilità naturale". La procreazione è considerata un bisogno essenziale non solo della coppia ma dell'intera società. Per questo motivo, lo Stato avverte la necessità di promuovere una rivoluzione culturale nell'ambito della riproduzione mediante l'istituzione del "Fertility Day" come Giornata Nazionale di informazione e formazione sulla Fertilità, in cui l'obiettivo è scoprire il "Prestigio della Maternità" promuovendo l'idea della procreazione come un momento riproduttivo consapevole, una scelta responsabile fatta nelle migliori condizioni biologiche possibili.

Il Piano è stato elaborato sulla base di questioni sociali e demografiche rilevanti, in particolare per sottolineare il fatto che la denatalità mette a rischio il welfare e altri settori. Si descrive l'infertilità come una delle cause del declino delle nascite ed è considerata la conseguenza di malattie sessualmente trasmissibili o dell'età riproduttiva avanzata della donna. Per questi motivi occorre informare i giovani sui comportamenti che mettono a rischio la fertilità e sensibilizzare le donne sul fatto che la maternità sia possibile solo in tempi contenuti, a differenza di quanto si è portati a pensare. In questo senso, la PMA non rappresenta secondo il Governo una "soluzione naturale" al problema dell'infertilità ma una possibilità per diventare madre.

Nel Piano si raccomanda un'attenzione ai comportamenti sessuali e agli stili di vita che possono compromettere la capacità riproduttiva: l'obiettivo è educare fin da piccoli a stili di vita protettivi, "per evitare abitudini che mettono a rischio di infezioni sessualmente trasmesse o gravidanze indesiderate". In particolare, si evidenzia come l'età riproduttiva femminile incida sulla fertilità in modo assoluto, indipendentemente da fattori sociali, economici e politici:

[81] Ministero della Salute, PIANO NAZIONALE PER LA FERTILITÀ.

"Le giovani donne devono sapere che la "finestra fertile" femminile è limitata e che la qualità degli ovociti si riduce al crescere dell'età particolarmente dopo i 35 anni, quando concepire un bambino progressivamente sempre più difficile. Infatti, la fertilità della donna risulta massima a un'età tra i 20 e i 30 anni poi decresce, in modo repentino dopo i 35 anni, fino ad essere prossima allo zero già diversi anni prima della menopausa. L'ingresso nella fase di subfertilità o infertilità avviene per molte donne intorno a 40 anni, ma può essere anche molto più precoce. Dopo i 45 anni la possibilità di avere un bambino con i propri ovociti attraverso le tecniche di PMA è aneddotica" (Ministero della Salute, Piano Nazionale per la Fertilità, pag.3).

Nelle pagine del Tavolo Consultivo[82] la maternità viene descritta come una straordinaria opportunità di crescita che sviluppa l'intelligenza creativa. Si pensa infatti che le difficoltà incontrate dalle donne nel lavoro di cura siano trasformate, in modo automatico, in una risorsa preziosa. Per questo diventare madre rende migliore una donna e permette di acquisire nuove competenze da applicare anche nel lavoro fuori casa. I relatori del documento evidenziano la necessità di recuperare il valore sociale della maternità come esperienza formativa individuale e come bene comune, attraverso il welfare e con iniziative di informazione e prevenzione delle malattie dell'apparato riproduttivo.

- *Progetto Diregiovani e la Campagna Futuro Fertile*

Si tratta di un progetto promosso dal Governo nell'ambito delle iniziative in favore della tutela della maternità e paternità come condizione necessaria e universale di ogni essere umano ed espressione di autodeterminazione dell'individuo. In particolare, il progetto in collaborazione con le scuole ha previsto: l'attivazione di una rubrica informativa con uno spazio dedicato alle domande formulate dai ragazzi agli esperti; la realizzazione di una APP gratuita per gli utenti; la diffusione di eventi sul territorio e la promozione della campagna sui social media; la somministrazione di questionari conoscitivi agli studenti. L'obiettivo consiste inoltre nel promuovere stili di vita sani al fine di giungere all'età adulta in una condizione fisica che garantisca la possibilità di diventare genitori.

L'aspetto innovativo della Campagna *Futuro Fertile* è rappresentato dalla realizzazione dello *Sportello amico fertilità*: uno sportello on line che permette di inviare domande direttamente agli esperti della Sapienza, Università di Roma, sulla fertilità e su come prendersene cura. La Campagna prevede l'organizzazione di spazi di incontro ed eventi educativi, con lo scopo di diffondere

[82] Ministero della Salute, Dati documento tavolo consultivo in materia di tutela e conoscenza della fertilità e prevenzione delle cause di infertilità, 2015.

informazioni relative agli stili di vita sulla salute riproduttiva e sessuale mediante l'allestimento di stand all'interno di alcune Università.

La campagna di comunicazione si fonda sulla presenza un preoccupante incremento delle affezioni acute e croniche della sfera riproduttiva dovuto a comportamenti sessuali ed alimentari scorretti che mettono a rischio la capacità riproduttiva e indicano una scarsa informazione in materia di fertilità. In particolare, il progetto è presentato dallo slogan ***"****Se negli affari di cuore ci metti la testa, fa un affare anche la tua fertilità*". In questo caso, si vuole diffondere l'idea che "Un corretto stile di vita è il migliore aiuto per la fertilità". Per questo motivo, occorre sviluppare sane abitudini in ogni aspetto della vita anche nel privato, insistendo sulla necessità di "una migliore conoscenza delle persone che ci sono particolarmente vicine. In preda alla passione, infatti, è difficile ricordarsi che accanto a noi potrebbero esserci presenze del tutto indesiderabili: virus, batteri, funghi e altri microrganismi che approfittano del contatto ravvicinato per passare da una persona all'altra, causando la diffusione di malattie sessualmente trasmissibili. Tali malattie, secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità, minacciano la nostra salute individuale e la nostra fertilità[83]".

Dalle iniziative istituzionali promosse emerge l'idea di una maternità universale e naturale come espressione dell'istinto materno, un momento riproduttivo consapevole capace di rendere completa una donna, unita la coppia e migliore la società (Baditern, 1981, Rapp, 1998, 2001; Paxson, 2003). Nella prospettiva del Governo non si considerano gli ostacoli che impediscono la formazione della famiglia legati alle disuguaglianze socio-economiche, in relazione alla classe sociale di appartenenza, le condizioni economiche, le origini geografiche, la mobilità transnazionale. Al contrario, in quest'ottica le donne formano un gruppo omogeneo per caratteristiche, condizioni e possibilità occultando le condizioni di privilegio e di dominazione (Rapp, 1998, 2001).

4.3.1 Storie di riproduzione della Nazione

Se prendiamo in considerazione l'indagine condotta dell'ESHRE[84] nel 2017, in 9 paesi europei, è evidente come regole, condizioni e strutture possono restringere la disponibilità alle cure. Infatti, la disponibilità del servizio non significa automaticamente che l'accesso al trattamento non sia sottoposto a una regolamentazione più o meno inclusiva. Fra i paesi europei analizzati, ESHRE evidenzia l'esistenza di differenze intra regionali in particolare in Italia, Spagna, Regno Unito, in cui si nota una disparità nei tempi di attesa e nel sostegno psicologico offerto. La possibilità di fornire

[83]http://www.salute.gov.it/portale/fertility/dettaglioCampagneFertility.jsp?lingua=italiano&menu=campagne&p=dacampagne&id=100

[84] Report che fornisce una panoramica rispetto alla situazione e alle politiche sull'infertilità nei seguenti paesi europei: Repubblica Ceca, Francia, Regno Unito, Germania, Polonia, Italia, Spagna, Romania, Svezia.

sostegno psicologico alle coppie, a livello europeo, rappresenta per i pazienti un sostegno necessario in ogni fase del trattamento. Riguardo al rimborso e alle sovvenzioni statali, le legislazioni europee in materia individuano alcuni fattori biologici come requisiti d'accesso: l'età della donna è il criterio più diffuso. Nella maggior parte dei Paesi il limite per avere diritto alle sovvenzioni dello Stato è 40 anni per la donna, in Francia 43 anni. Diversamente dagli altri paesi europei, Spagna e Italia richiedono il certificato medico attestante la diagnosi di infertilità per poter aver diritto alle cure a carico del Sistema Sanitario Nazionale.

Le ricerche condotte (Franklin, S., Inhorn, M. C., 2016; Inhorn, M. C., Patrizi, P., 2015; Mohr, S., Kochb, L., 2016) evidenziano come le priorità politiche e l'opinione pubblica determinano una diversa disponibilità di sovvenzioni e rimborsi per le tecniche di PMA nei diversi Paesi europei. I requisiti per i rimborsi e i criteri di inclusione si basano sull'orientamento sessuale e lo stato civile. Secondo l'indagine dell'ESHRE, si possono distinguere due gruppi: nel primo gruppo rientrano i Paesi con norme legislative che limitano l'accesso alle coppie eterosessuali (Italia, Francia, Polonia) mentre nel secondo i paesi che garantiscono l'accesso a donne sole e coppie omosessuali (Spagna, Germania, Regno Unito, Svezia, Romania, Repubblica Ceca). In questo quadro, emerge il ruolo esercitato dalla dimensione sociale e politica della riproduzione nel condizionare i processi di salute e malattia. L'accesso alla PMA è regolato da una visione binaria e eterosessuale della sessualità che permette la riproduzione di una modello di famiglia considerato naturale e legittimo basato sulla coppia eterosessuale e monogamica. Da alcune indagini condotte sulla questione della normativa in materia di fecondazione, emerge che esistono due forme di riproduzione assistita: una riproduzione legittima e naturale che permette alle coppie eterosessuali di creare una famiglia, mentre esiste una riproduzione illegittima e innaturale che include le madri sole e le coppie omosessuali. Diversi studi propongono di considerare le opportunità di trasformazione del concetto di famiglia, genere e procreazione offerte dalla PMA e i limiti stabiliti mediante disposizioni legislative restrittive che riproducono la forma classica di parentela fondata sulla naturalizzazione delle relazioni fra uomini e donne (Álvarez-Bernardo, G., Romo- Avilé, N., 2015).

4.4 L'accesso ai Servizi Sanitari Regionali e il ricorso alla procreazione assistita fra le donne migranti latinoamericane a Genova

Prima di procedere con l'analisi dei risultati ottenuti dall'indagine etnografica, presento alcuni dati relativi all'accesso ai servizi di salute riproduttiva da parte delle donne migranti latinoamericane nel territorio ligure e nella città di Genova, nel tentativo di sottolineare da una parte il peso esercitato da aspetti strutturali e dall'altra l'impatto prodotto da processi di costruzione sociale dell'identità migrante per evidenziare le dinamiche di stratificazione della riproduzione e i processi di naturalizzazione della procreazione.

Nel 2016, in Italia i parti fra le donne di origine straniera rappresentano il 21% delle nascite, in aumento costante dal 2010 (18,3%). Dal 2010, in particolare nelle regioni del centro Nord, in cui la presenza di migranti è maggiore, il fenomeno dei parti da madri straniere riguarda il 25% delle nascite (CEDAP, 2019). Nel 2016, fra i parti di donne straniere, si nota un'incidenza maggiore fra le donne africane (25,9%) e dell'Unione Europea (25,4%), mentre il 7,6% riguarda le donne sudamericane. Confrontando il numero dei parti da madri provenienti dal Centro e Sud America rispetto al totale a livello nazionale e regionale, si nota un calo solo a partire dal 2014 mentre rispetto alle madri di origine straniera, l'incidenza dei parti di madri di origine latinoamericana inizia a diminuire dal 2009. Infatti, mentre nel 2010 rispetto al totale delle nascite fra le straniere, le latinoamericane rappresentano l'8,6%, nel 2016 si registra un'incidenza del 7,6% (CEDAP).

Tabella 1. Percentuale dei parti per area geografica di provenienza della madre rispetto al totale dei parti in Italia e in Liguria

Italia:

	2010	**2014**	**2016**
Italia	86,66%	79,79%	79,2%
America Centro Sud	1,58%	1,60%	1,57%
Totale	545.493	493.682	466.707

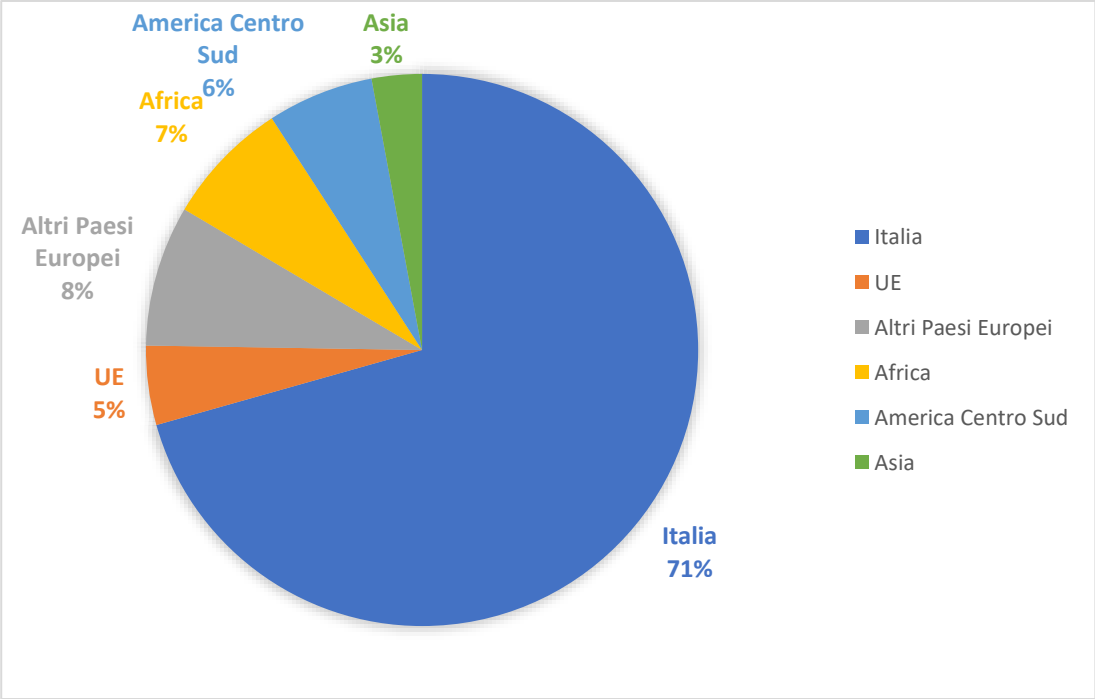
Tabella 2. Liguria:

	2010	**2014**	**2016**

Italia	80,19%	73,35%	70,79%
America Centro Sud	4,78%	6,54%	6,21%
Totale	11.195	10.238	9.465

Tra il 2010 e il 2016, i dati CEDAP rispetto alla distribuzione dei parti per area geografica di provenienza ed età della madre mostrano elementi di continuità e dinamiche di cambiamento. Nel gruppo delle madri di origine italiana non sono presenti variazioni rilevanti: la maggioranza dei parti (rispettivamente 60% e 63%) avviene nella fascia di età 30-39 anni e si segnala un aumento del 3% dei parti nella fascia d'età 40-49 anni. Fra le madri di origine latinoamericana si osservano due aspetti rilevanti: la tendenza a rimandare la maternità oltre i 30 anni e una riduzione nella frequenza dei parti nella fascia d'età 20-29 anni.

Grafico 1. Distribuzione dei parti per area geografica di provenienza della madre in Italia 2016:



Considerando che l'accesso ai servizi è influenzato anche dal livello di istruzione della madre, è interessante notare che nel 2016 si registra un livello medio alto di scolarità fra le italiane (44,2%), in aumento dal 2010, al contrario, la maggioranza delle straniere presenta un livello medio basso (45,9%). A questo proposito, rispetto al 2010, si notano alcuni cambiamenti in rapporto alla popolazione straniera: da un lato diminuisce la percentuale di madri con un basso livello di istruzione mentre dall'altra, aumentano le madri con un livello di istruzione media superiore. Inoltre, i dati del CEDAP mostrano che in relazione all'aumento dell'età femminile al parto corrisponde un livello di studi superiore della madre.

4.4.1 Il contesto sanitario genovese: migranti latinoamericane e salute riproduttiva

Nel contesto genovese il sistema sanitario si articola in tre principali Aziende Ospedaliere che offrono servizi nell'ambito della salute riproduttiva: l'Ospedale Sant'Anna, il Sant'Eugenio e l'Ospedale Santa Rita. Rispetto all'andamento delle nascite, i dati raccolti nelle Aziende Ospedaliere della Asl 3 Genovese mostrano un calo costante dei nati vivi dal 2010 (1785 nascite in meno nel 2017) e una lieve riduzione nel numero delle nascite da parte della popolazione straniera (da 1323 a 1303). In Liguria nel 2017, i bambini nati con cittadinanza ecuadoriana e peruviana sono rispettivamente 229 e 40. Rispetto al totale dei parti (9712), il 6.3% riguarda coppie di cui almeno uno dei genitori è di nazionalità latinoamericana (Ecuador, Perù) pari a 613 nascite. Nell'ambito della salute riproduttiva si evidenzia un calo costante delle IVG dal 2008 al 2017 sia per le donne latinoamericane che per le italiane (tabella 1).

Tabella 3. Numero di IVG 2008- 2017 a Genova

	2008	**2017**
IVG Donne italiane	1040	787
IVG Donne latinoamericane	376	236
TOTALE IVG	1719	1323

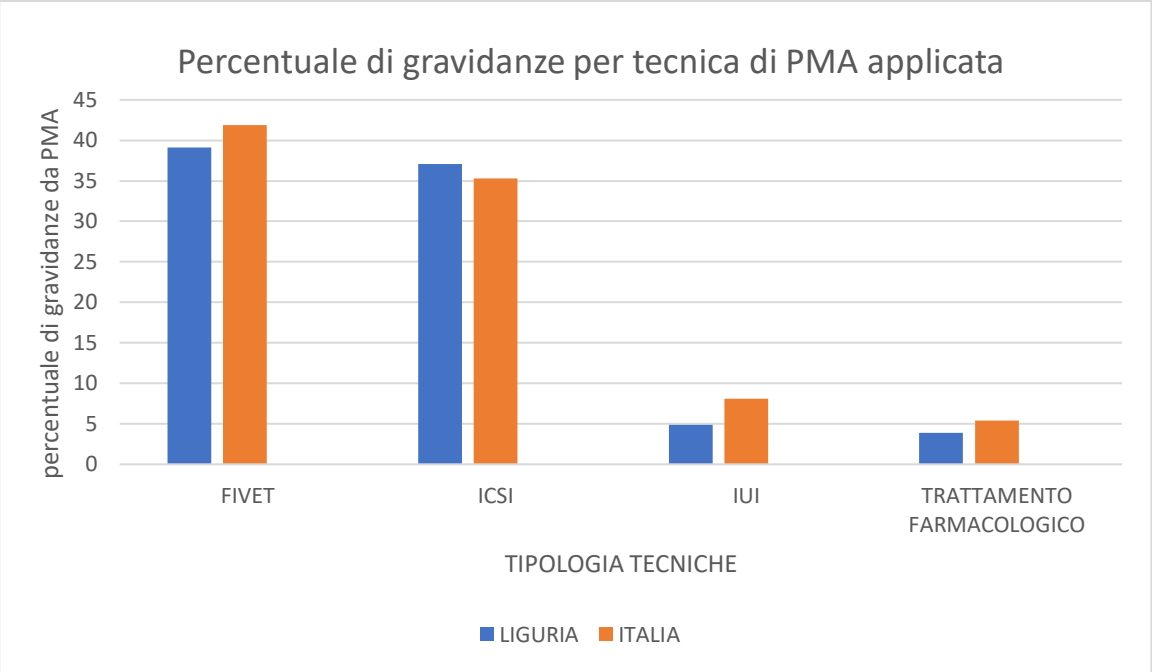
Riguardo alla PMA, nella città di Genova sono presenti due centri pubblici in cui si offrono servizi per la diagnosi e cura dell'infertilità: il centro di Fisiopatologia della Riproduzione Umana (FRU) presso l'ospedale Policlinico Sant'Anna e il reparto di Medicina della Riproduzione dell'Ospedale Santa Rita. Oltre ad una notevole differenza rispetto al totale dei posti letto disponibili nelle rispettive strutture, i dati raccolti dal Comune di Genova[85] mostrano una corrispondenza nella disparità del numero di ricoveri in day hospital effettuati durante l'anno[86]: 1353 nel reparto PMA del Sant'Anna, 401 al Santa Rita.

Secondo i dati raccolti dal Registro Nazionale PMA relativi all'anno 2017, il rapporto fra gravidanze spontanee e gravidanze tramite PMA è pari a 2,36 mentre i dati raccolti dal CEDAP nel 2016 mostrano che ogni 100 gravidanze spontanee abbiamo in media 1,93 gravidanze in cui è stata usata una tecnica di procreazione assistita. In Italia nel 2017 i bambini nati vivi da PMA (13.937) rappresentano il 3% del totale dei nati (458.151), in lieve aumento rispetto al 2014 in cui si registrarono 12.658 bambini nati da PMA pari al 2,5% dei nati in Italia (502.596)[87].

In Liguria, rispetto al totale delle nascite nel 2017(9568), la percentuale di nati grazie alla PMA rappresenta il 1,8% (179). Nel 2016 si registrano in Liguria 9.465 parti di cui 307 riguardano gravidanze ottenute tramite PMA (3,2%) mentre a livello italiano si registrano 466.707 parti di cui 9.017 tramite PMA (1,9%). Tra queste le tecniche maggiormente utilizzate in Liguria sono la FIVET (43%) e la ICSI (35%) mentre una percentuale ridotta riguarda le gravidanze ottenute tramite IUI (8,1%) e trattamenti farmacologici (4,3%)[88].

Grafico 2

[85] Annuario Comune di Genova, 2018.
[86] In entrambe le strutture si eseguono tecniche di II livello che comprendono un intervento chirurgico per il prelievo degli ovociti in regime di day hospital perciò tale valore indica in modo approssimativo il numero di cicli di PMA effettuati (esistono casi in cui non si recuperano ovociti e in altri in cui non si procede al trasferimento dell'embrione in utero per mancata fertilizzazione).
[87] Fonte ISTAT.
[88] CEDAP 2019.



In merito all'età femminile emerge un dato interessante: la percentuale delle gravidanze ottenute tramite PMA aumenta in relazione all'età della madre. Infatti, nella fascia di età compresa fra 40 e 44 anni, i parti a seguito della PMA rappresentano il 10,75% rispetto al totale dei parti (tabella 4). Inoltre, tra le donne con scolarità medio alta si osserva una maggiore frequenza di parti con procreazione assistita rispetto alle donne con titolo di studio inferiore (Tabella 5).

Tabella 4. Distribuzione dei parti con procreazione medicalmente assistita secondo l'età della madre

	< 25	**25-29**	**30-34**	**35-37**	**38-40**	**>40**	**Totale**
Liguria	0,11	0,55	1,79	3,72	5,53	14,99	3,24
Italia	0,16	0,51	1,42	2,72	3,75	9,83	2,15

Tabella 5. Distribuzione dei parti secondo il titolo di studio della madre e il tipo di procreazione

PMA				
	Elementare/Media inferiore	**Diploma superiore**	**Laurea**	**Totale**
Liguria	4,24	3,39	4,44	3,24
Italia	1,86	2,13	3,37	2,18
NO PMA				
Italia	28,0	44,2	27,8	

Il Fondo nazionale per la PMA in Liguria è stato trasferito a due centri pubblici di II e III livello situati entrambi nella città di Genova. Secondo i dati del 2017[89], in Liguria i centri attivi che inviano dati all'Istituto Superiore di Sanità sono 9, due in più rispetto al 2011. Confrontando i dati assoluti del 2017 rispetto al 2011 aumentano il numero di nati mentre il numero di coppie che accedono ai centri rimane pressocché invariato (tabella 6). Emerge una differenza nel tipo di tecniche a fresco (tabella 7) e con scongelamento (tabella 8): solo nel secondo caso si nota un incremento nel numero di coppie trattate, numero di cicli e nati vivi mentre non si registrano cambiamenti rilevanti rispetto alle tecniche a fresco.

Tabella 6. Tecniche di II e III livello a fresco senza donazione di gameti. Anni 2011 – 2017[90]

	2011	**2017**	**ITALIA 2017**
Numero coppie trattate	476	485	44.279
Numero di cicli	549	563	53.014
Numero gravidanze	105	105	9.310
n. parti	79	76	6.029
n. di nati vivi	107	94	6.951
% gravidanze su cicli iniziati	19.1	18.7	17.6

[89] Relazione del Ministro della Salute al Parlamento sullo stato di attuazione della legge contenente norme in materia di procreazione medicalmente assistita, 2019.
[90] Registro Nazionale PMA 2019.

Tabella 7. Tutte le tecniche (IUI, FIVET, ICSI, scongelamento di embrioni e di ovociti, donazioni con gameti maschili e femminili)[91]

	2011	**2017**	**Italia 2017**
n. di coppie trattate	1.048	1.025	78.366
n. di cicli iniziati	1.765	1.357	97.888
n. di nati vivi	148	179	13.973

Tabella 8. Tutte le tecniche di II e III livello (Tecniche a fresco, Tecniche di scongelamento embrioni e di scongelamento ovociti, donazioni)

	2011	**2017**	**Italia 2017**
Numero coppie trattate	585	681	65.943
Numero di cicli	669	791	78.457
Numero gravidanze	114	170	16.793
n. parti	83	120	11.094
n. di nati vivi	112	139	12.454

I tassi di accesso e di fruizione delle prestazioni offerte dai servizi sanitari da parte delle donne migranti variano in relazione alle caratteristiche strutturali dell'istituzione sanitaria nonostante non esistano dati ufficiali in proposito. Nel caso genovese, in relazione all'origine e allo sviluppo storico delle istituzioni sanitari emerge il modo in cui l'orientamento religioso possa facilitare o ostacolare l'accesso della popolazione migrante e italiana. Due degli ospedali che fanno parte della Asl 3 Genovese, in base allo Statuto, presentano un legame profondo con le istituzioni ecclesiastiche, cattoliche e protestanti. Per comprendere come tali aspetti condizionino l'accesso dei pazienti ai servizi di salute riproduttiva in relazione alle caratteristiche del soggetto (le origini geografiche, la classe sociale, l'appartenenza culturale e l'orientamento religioso), occorre analizzare come le origini storiche si riflettano nell'attuale struttura gestionale ed organizzativa delle Aziende.

- *Ospedale Sant'Eugenio*

[91]Registro Nazionale PMA 2019.

L'ente ospedaliero "Ospedali Sant'Eugenio [92]"di Genova, venne istituito nel 1885 per volontà della Duchessa di Galliera e fu posto sotto l'alta sovrintendenza dell'Arcivescovo pro tempore di Genova. Nel decreto del 1978 l'ente cambiò denominazione da "Opera Pia De Ferrari Brignole Sale" a "Ospedale Sant'Eugenio". Si tratta di un ente ospedaliero sorto con l'obiettivo di garantire ai malati un'assistenza sanitaria nella promozione e difesa della dignità della persona, dei diritti e responsabilità "a cominciare da quelli riguardanti la vita umana dal suo inizio alla fine naturale". Nella cura della persona malata, l'ente si ispira "ai principi evangelici dell'uomo come immagine di Dio e della carità cristiana".

Per Statuto, gli organi dell'Ente ospedaliero sono: il Consiglio di Amministrazione, il Presidente, il Vice Presidente, il Direttore generale, il Collegio sindacale. Il Consiglio di Amministrazione è composto da 9 membri fra i quali l'Arcivescovo pro tempore di Genova, un rappresentante del Comune di Genova (assessore o consigliere), il Priore e sei Consiglieri elettivi. La presidenza dell'Ente ospedaliero è assunta "per diritto[93]" dall'Arcivescovo di Genova mentre i ruoli di Vice Presidente e il Direttore Generale vengono nominati dal Consiglio di Amministrazione.

- *Lo Statuto dell'Ospedale Santa Rita*

Nello Statuto dell'Ospedale Santa Rita, si rende noto che l'origine dell'Istituto[94] fu profondamente legata all'aumento della presenza di protestanti a Genova durante la seconda metà dell'Ottocento. Infatti, nonostante nello Statuto Albertino del 1848 fosse stata riconosciuta l'uguaglianza dei sudditi davanti alla Legge, per molto tempo, l'accesso agli ospedali genovesi fu legato all'appartenenza religiosa. Intanto, la presenza di gruppi protestanti provenienti dalle zone del Nord e del centro Europa aumentò notevolmente in relazione allo sviluppo del porto di Genova e dei commerci e ciò si tradusse nell'insediamento di alcune comunità nel territorio genovese.

In occasione di un'epidemia di colera, emerse la preoccupante situazione dei malati protestanti pressati dal proselitismo cattolico. Per questo motivo, nel 1856 venne istituito un Comitato di Rappresentanti Evangelici a Genova con lo scopo di realizzare una struttura di accoglienza per i protestanti residenti nel territorio genovese. Il tentativo fu promosso dall'unione fra Chiesa

[92] Statuto E.O. Ospedali Sant'Eugenio di Genova, (già opera pia de Ferrari Brignole Sale - Genova) deliberato dal Consiglio di Amministrazione nella seduta del 22 luglio 2002 approvato con Decreto Ministero della Salute del 28 agosto 2002.
[93] Statuto E.O. Ospedali Sant'Eugenio di Genova, (già opera pia de Ferrari Brignole Sale - Genova) deliberato dal Consiglio di Amministrazione nella seduta del 22 luglio 2002 approvato con Decreto Ministero della Salute del 28 agosto 2002.
[94] Statuto dell'Ospedale Santa Rita. Approvato, con delibera n. 5, dall'Assemblea Generale dell'Ospedale Santa Rita, nella seduta del 13 dicembre, 2014. Approvato, con atto 126/SI/2015, dal Sinodo della Chiesa evangelica valdese - Unione delle chiese metodiste e valdesi (sessione europea).

Anglicana, Presbiteriana scozzese, Evangelica Riformata Svizzera, Chiesa Evangelica Valdese di Genova Centro, al fine di fondare e amministrare Istituto "con fini di culto, istruzione, beneficenza e sanità". Il progetto venne realizzato nell'anno successivo e già nel 1871 si decise per l'apertura verso i pazienti non protestanti con l'obiettivo di garantire il diritto alla libertà di coscienza.

Nel 1933 con Decreto Regio si stabilì il cambio di denominazione da ospedale protestante diventò Ospedale Santa Rita. Dopo un periodo di sospensione dell'attività durante la Seconda Guerra Mondiale, nel 1969 in relazione alla crescita dell'Istituto, venne riconosciuta la funzione di ospedale di zona e venne inserito nel Sistema Sanitario regionale. Nel 1985 fu firmato un protocollo di intesa fra Tavola Valdese e regione Liguria, nel 1997 tramite una convezione, l'ospedale venne inserito nella Asl 3 Genovese. Nel 1998 l'ordine valdese riconobbe l'ospedale come Istituto autonomo a statuo speciale, ente ecclesiastico senza fini di lucro. Nel 2005 ottenne l'accreditamento nazionale e sei anni successivi si ampliò assumendo anche la gestione dell'ospedale di Voltri.

4.4.2 Il reparto di Medicina della Riproduzione dell'Ospedale Santa Rita

Dal 2011 al 2017 nel centro di Medicina Riproduttiva dell'Ospedale Santa Rita sono state trattate 1270 coppie di cui 81 di origine ecuadoriana hanno svolto almeno un colloquio, 22 hanno fatto fecondazione assistita di I livello, e 29 FIVET/ICSI (tabella 8). Se prendiamo come valore di riferimento i cicli iniziati dal 2011 ad oggi, la percentuale di donne ecuadoriane che sceglie di fare la PMA rappresenta il 2.7% rispetto al totale delle donne che accedono al centro. In merito all'età, le pazienti latinoamericane che si sottopongono a PMA hanno in media 35 anni mentre per le italiane la media è di 37 anni (tabella 9). Rispetto alla diagnosi di infertilità non si notano particolari differenze fra la popolazione italiana e quella latinoamericana tranne rispetto all'infertilità di tipo femminile, confermata dalle testimonianze degli operatori, che fa riferimento in particolare a questioni tubariche (tabella 10).

Tabella 9. Cicli per fascia d'età (32-40) dal 2011 al 2017

	N. pazienti trattati	N. cicli eseguiti
Donne italiane	1071 (84,3)	2260 (81,3%)
Donne ecuadoriane[95]	29 (2,2%)	67 (2,4%)
Donne straniere (escluso Ecuador)	170 (13,3%)	451 (16,2%)
TOTALE	1270 (100%)	2778 (100%)

Tabella 10. Età femminile al primo ciclo di trattamento

	Donne italiane	Donne ecuadoriane
Età media	36,1	34,7
Età massima	43	41
Età minima	19	26

Tabella 11. Diagnosi di accesso centro PMA [96]

	Coppie italiane	Coppie latinoamericane
Infertilità femminile	39%	46%
Infertilità maschile	23%	21%
Infertilità maschile e femminile	18,6%	17%
Inspiegata	18,6%	15%

Rispetto alla presenza delle donne latinoamericane, gli operatori confermano un incremento nell'accesso alle tecniche. Tale percezione non può essere confermata da dati ufficiali in quanto, né il Registro Nazionale PMA, né gli enti ospedalieri a cui mi sono rivolta si occupano di raccogliere dati sulla presenza straniera in base alla cittadinanza, luogo di nascita.

4.4.3 Il Reparto di Fisiopatologia della Riproduzione dell'Ospedale Sant'Anna

- *L'Azienda Ospedaliera Universitaria Sant'Anna*

[95] Dati raccolti in base al codice fiscale, per cui si tratta di donne nate in Ecuador.
[96] Dati relativi al 2017 forniti dalla struttura sanitaria.

Alla fine dell'800 l'ospedale di Pammatone cominciava ad essere inadeguato per una popolazione genovese che contava circa 200.000 abitanti e le condizioni igienico-sanitarie della struttura non riuscivano a tenere il passo con i notevoli progressi che si registravano in quegli anni. Nel 1903 l'amministrazione comunale cominciò a prendere in considerazione l'opportunità di costruire un nuovo ospedale cittadino e costituì una commissione per studiare a fondo il progetto. Il capitale iniziale fu frutto di una donazione privata elargita nel 1874 dal Marchese Nicolò Sauli all'Opera Pia Pammatone. Dopo varie traversie, ragioni tecniche e pratiche portarono a scegliere l'area di Sant'Anna. Nel 1907 iniziarono i lavori e nel 1923 il nuovo ospedale venne inaugurato.

Nel settembre 2011 l'Azienda Ospedaliera Universitaria Sant'Anna si è fusa con l'Istituto Scientifico Tumori (IST), ente di diritto pubblico per la ricerca e la cura dei tumori che già era situato all'interno del complesso ospedaliero, nel nuovo IRCCS Azienda Ospedaliera Universitaria "Sant'Anna" - IST - Istituto Nazionale per la Ricerca sul Cancro.

Attualmente, l'ospedale Sant'Anna, con una superficie complessiva di 340000 m² e quasi 5000 dipendenti è uno dei complessi ospedalieri più vasti e importanti d'Europa. L'Azienda Ospedaliera Universitaria "Sant'Anna" è centro di eccellenza di importanza nazionale e di alta specializzazione per: oncologia, oculistica, reumatologia, pneumologia, dipartimento d'emergenza e accettazione, ematologia, neurochirurgia, neurologia, 118 - emergenza sanitaria, trapianti. L'ospedale è anche convenzionato con l'Università di Genova e contribuisce con alcuni reparti universitari alla formazione degli studenti della Facoltà di Medicina e Chirurgia e delle professioni sanitarie. Inoltre, presso i locali del castello Simon Boccanegra è conservato l'archivio storico: un grande patrimonio composto da 9947 unità rappresentato da manoscritti, registri, cartelle e manuali.

- *Il reparto di Fisiopatologia della Riproduzione*

All'interno dell'Ospedale Sant'Anna di Genova è ubicata la Clinica Ostetrica e Ginecologica, Unità Operativa complessa universitaria, sede della Scuola di Specializzazione in Ginecologia e del Corso di Studi di Ostetricia. Al suo interno si articolano due Padiglioni: nel primo si trova il reparto di UOS Fisiopatologia della Riproduzione Umana (FRU), l'Ambulatorio delle IVG e l'Unità di Diagnosi e Cura del tratto genitale inferiore (colposcopia ed isteroscopia) mentre il secondo padiglione è riservato al Centro Nascite Alternativo (CNA), Centro Diagnosi Prenatale, l'Ambulatorio della 37 settimana, il Pronto Soccorso ginecologico, il Percorso Nascita.

È interessante notare come tale suddivisione riflette e riproduce le logiche occidentali sulla maternità come evento "naturale", universale e assoluto che accomuna tutte le donne. All'interno di un sistema

patriarcale, l'istituzione della maternità come mandato del femminile e l'eterosessualità sono costruiti come dati di natura. All'interno di questo modello di maternità vincolata al femminile, le esperienze di infertilità e le pratiche di interruzione della gravidanza rappresentano alcune eccezioni alla gravidanza come evento "normale", "naturale" (Rapp, 1998, 2001; Ginsburg e Rapp, 1991, 1995; Banditer, 1981). L'organizzazione spaziale dei reparti riflette e rafforza processi di medicalizzazione della riproduzione in cui le norme culturali dominati sono anche norme morali. In questo senso, a partire dall'immagine del femminile legata al ruolo materno in base alla presenza universale dell'istinto materno, l'aborto e le esperienze di infertilità si configurano in qualità di comportamenti a rischio, patologici o anormali diffusi soprattutto fra alcuni gruppi sociali in situazioni di emarginazione e disagio (Banditer, 1981; Lagomarsino, Pagnotta, 2010; Pedone, 2008). Nell'ambito della riproduzione, l'attenzione si sposta sulle donne che sono ritenute le uniche responsabili di un comportamento sessuale e/o riproduttivo adeguato o meno. In questo modo, si rende invisibile la grande varietà di condizioni e comportamenti all'interno del gruppo delle donne al fine di occultare le condizioni di privilegio e di oppressione legate alle disuguaglianze socio-economiche, alla classe sociale di appartenenza, alla religione, all'orientamento sessuale.

Dal 2012 ad oggi, le donne latinoamericane che decidono di ricorrere alla PMA presso il centro di Fisiopatologia della Riproduzione (FRU) dell'ospedale Sant'Anna a Genova rappresentano circa il 2% rispetto al numero totale delle utenti. Nel centro in cui ho svolto la ricerca sul campo, ogni anno accedono circa 300 coppie di cui le coppie straniere sono in costante aumento a partire dal 2013[97]. Nel 2017 le coppie che si presentano al centro per un colloquio sono 325 di cui 60 di origine straniera (il 18%) mentre nel 2018 sono 303 di cui 73 coppie sono composte da almeno un cittadino straniero. Le coppie di nazionalità non italiana raddoppiano in cinque anni: si passa da un percentuale del 12,5% nel 2013, al 24% nel 2018. Nel centro Sant'Anna dal 2015 al 2017 le coppie trattate sono 712 di cui 19 sono composte da un partner ecuadoriano (2.6% sul totale delle coppie). Se prendiamo come riferimento il numero di donne che accedono al centro e fanno almeno un colloquio dal 2011 al 2018 sono 2382 di cui 47 sono nate in Ecuador e Perù (1.9%).

Il Centro FRU esegue prestazioni per la diagnosi e la terapia dell'infertilità di coppia ed è iscritto al Registro Nazionale dell'Istituto Superiore di Sanità come Centro di Procreazione Medicalmente Assistita (PMA) di III livello. Inoltre il Centro FRU è riferimento regionale per le problematiche di Oncofertilità.

Altre prestazioni diagnostiche e terapeutiche offerte:

[97] Archivio cartaceo non ufficiale redatto dagli operatori sanitari e dal personale del centro.

- visite per dolore pelvico cronico
- Consulenza per abortività ripetuta
- Consulto riproduttivo dopo terapie gonadotossiche[98]
- Ecografie per valutazione della riserva ovarica
- Ecografie transvaginali 3d in pazienti infertili
- Diagnostica per lo studio dell'infertilità maschile (laboratorio di Andrologia)
- Isterosalpingografia
- Isteroscopia diagnostica per infertilità

Per le coppie che hanno aperto la cartella clinica nel centro FRU, ovvero abbiamo svolto almeno un colloquio, sono previsti i seguenti servizi:

- consulenza psicologica
- Visita uro-andrologica
- Monitoraggio ecografico dell'ovulazione
- Valutazione ormonale ed ecografica della riserva ovarica
- Isteroscopia operativa per infertilità
- Laparoscopia diagnostica ed operativa per infertilità

Nel reparto FRU si trovano 3 ambulatori ma sono disponibili solo due ecografi, una segreteria, una stanza per i prelievi, una stanza per la caposala, l'archivio, la sala d'attesa, il laboratorio embriologico, il laboratorio andrologico e una stanza riservata alla raccolta del liquido seminale. In ogni ambulatorio si trovano una scrivania con pc, un lettino con divaricatore per le gambe, armadi con materiale sanitario. L'ambulatorio è adibito a spazio per i colloqui con la coppia, visite ginecologiche, monitoraggio ovulazione, inseminazione intrauterina. Lo spazio non è molto ampio considerando che ad ogni visita o colloquio sono presenti un medico strutturato, uno o due medici specializzandi e la coppia infertile.

La sala d'attesa è ampia e spaziosa (capienza massima di circa 30 persone), sulle pareti sono esposti i dati relativi al centro: l'organizzazione, lo staff medico, i risultati ottenuti e alcune indicazioni di base per il percorso (ordine lettere per colloquio, visita, ecc…). È interessante notare la presenza di numerose foto di neonati, alcune frasi di ringraziamento per l'équipe medica e altre in cui si incita le coppie infertili a non arrendersi, a continuare a provare ed a sperare confidando nei medici. Alle pareti, lungo il corridoio, si possono osservare poster con articoli scientifici elaborati dallo staff del reparto e pubblicati su riviste scientifiche importanti. Inoltre, numerose immagini illustrano le fasi

[98] Per quanto riguarda la prevenzione della fertilità prima di terapie gonadotossiche, negli ultimi 10 anni, è stata creata in Liguria una rete di Oncofertilità grazie alla quale tutti i pazienti in età riproduttiva, che devono sottoporsi a trattamenti potenzialmente gonadotossici, possono essere indirizzati al Centro FRU.

delle tecniche riproduttive mediante immagini chiare e semplici tanto da far apparire la PMA una logica sequenza di meccanismi biologici universali che conducono "naturalmente" ad ottenere un concepimento.

Da una parte, le parole delle donne non più infertili e le foto di bambini nati da PMA sembrano rivolgersi alle donne in cura per incitarle a non arrendersi, nella convinzione che sia possibile realizzare il proprio desiderio di maternità in relazione all'autodeterminazione e alla volontà, dall'altra, le immagini scientifiche hanno lo scopo di rassicurare riguardo all'efficacia delle tecniche e alla sicurezza del trattamento sulla salute della donna e del feto. Foto e immagini non sempre sono percepiti dalle donne in modo positivo, molte volte provocano rabbia e risentimento. In questi casi, il confronto con il modello "naturale" e universale implica un aumento dell'ansia, contribuisce allo sviluppo di un'ossessione, rafforza la ricerca spasmodica di una gravidanza e la reiterazione infinita della domanda "Perché io? Perché ora?". Nella visione istituzionale, tali strumenti visivi risultano utili a rafforzare l'idea di una efficacia biologica della PMA e l'idea di una maternità naturale e universale, come obiettivo vincolato per natura al femminile.

All'interno del reparto di procreazione assistita una stanza è adibita ad archivio per la conservazione delle cartelle cliniche cartacee: la prima è aperta in occasione del primo colloquio, la seconda è compilata in relazione all'intervento di pick up[99]. Per poter ritirare la propria cartella medica è necessario fare richiesta alla Direzione Sanitaria mentre per poter proseguire con le tecniche di PMA presso un altro centro è sufficiente una relazione del medico responsabile. È interessante notare il fatto che le cartelle cliniche non sembrano di proprietà del paziente ma vengono gestite dall'istituzione che ha l'obbligo di conservarle presso locali appositi per un tempo imprecisato.

Alla fine del lungo corridoio lungo il quale si articola il reparto si trovano il Laboratorio di embriologia e la stanza adibita al transfert in cui si trovano due letti con divaricatore per le gambe per il trasferimento dell'embrione in utero. Nel laboratorio si eseguono le diverse tecniche di fecondazione in vitro, la ICSI ed è presente la banca di crioconservazione. Di fronte al laboratorio è ubicata la stanza per la raccolta seme mentre il laboratorio andrologico si trova nel piano fondi all'interno dello stesso padiglione.

- *Il percorso andrologico*

[99] Soltanto per coloro che proseguono con le tecniche di II e III livello (FIVET/ICSI) il medico deve redige una seconda cartella clinica per l'intervento di prelievo degli ovociti contenente le schede relative al monitoraggio dei follicoli, i dosaggi ormonali.

Il Laboratorio di Andrologia dell'Ospedale Policlinico Sant'Anna è ubicato presso il piano fondi del padiglione 1, è gestito da biologhe e personale tecnico sanitario di laboratorio biomedico. Il laboratorio di Andrologia e crioconservazione effettua le seguenti tipologie di attività:

- *Spermiogramma*[100]: test di valutazione a fresco, valutazione morfologica. Per eseguire l'esame è necessario: astenersi da rapporti sessuali e/o masturbazione per 3 - 5 giorni prima della data dell'esame, non aver assunto antibiotici nei tre mesi precedenti l'esame, non aver avuto febbre nei tre mesi precedenti la data dell'esame. Contestualmente allo spermiogramma spesso vengono eseguiti anche l'esame colturale per germi comuni oppure la ricerca dei patogeni sessualmente trasmissibili[101]. La raccolta del campione da esaminare si effettua presso il reparto, ma in caso di impossibilità, previo accordo con gli operatori del Laboratorio, può essere effettuata anche a domicilio (entro un'ora dall'eiaculazione).

- *Banca del seme e crioconservazione del liquido seminale*: la crioconservazione è il processo mediante il quale viene conservato in azoto liquido il seme di pazienti interessati da patologie che potrebbero comprometterne direttamente ed indirettamente la fertilità (calo progressivo del numero di spermatozoi, chemio e radioterapie in caso di malattie oncologiche, interventi chirurgici che possano compromettere la funzionalità dell'apparato genitale, ecc.)[102]. In questo caso, solo il paziente stesso ha la possibilità di decidere riguardo all'eventuale utilizzazione del campione congelato, al suo ritiro e trasporto verso Centri di fecondazione assistita di sua scelta o all'interruzione della conservazione del seme stesso prima della scadenza prevista.

- *Test di capacitazione*: Valuta la resa del liquido seminale in termini di aumento di concentrazione e motilità a seguito di uno specifico trattamento.

- *Test di frammentazione del DNA*: la frammentazione del DNA è considerato uno degli indicatori della capacità fecondante dello spermatozoo e un fattore principale in caso di ripetuti fallimenti in cicli di fecondazione assistita o in caso di aborti ripetuti senza altre cause individuabili.

[100] È necessario il pagamento del ticket relativo allo spermiogramma che ammonta a 46,15 euro.
[101] Mycoplasma, Chlamydia, Ureaplasma.
[102] Occorre la ricevuta di pagamento di un ticket di € 46,15. L'accesso avviene dopo aver presentato il referto degli esami sierologici. La banca del seme dell'Ospedale Policlinico Sant'Anna non accetta per la crioconservazione campioni di Pazienti positivi all'epatite B, epatite C o HIV: i pazienti in tale situazione clinica verranno dirottati presso altre strutture, dotate di percorsi appositi. Il paziente, in accordo con gli operatori del Laboratorio, eseguirà una o più raccolte di liquido seminale: il campione viene suddiviso in paillettes, il cui numero dipende della concentrazione e dalla motilità degli spermatozoi e conservato per il periodo di un anno.

4.5 La procreazione assistita: un dispositivo per la riproduzione della cittadinanza

La cura dell'infertilità mediante la fecondazione assistita risulta essere in molti Paesi un servizio medico assente, inaccessibile o inadeguato. A causa delle disparità economiche e politiche presenti a livello globale, in alcuni Paesi o regioni si determina la diffusione di cliniche a basso costo, inadeguate e carenti in base alla qualità di cure offerte. In altri casi, l'accesso al trattamento determina lo spreco eccessivo di risorse finanziarie per la coppia o la necessità di spostarsi per accedere a cure adeguate (Cross Border Reproductive Care). A livello globale, la presenza di diversi modelli di PMA ha come effetto, da una parte, la mobilità transnazionale delle coppie o delle donne per curarsi, dall'altra tale pluralità di modelli diventa una guida per lo sviluppo di pratiche specifiche locali.

Thompson (2006) definisce il dispositivo della procreazione assistita una "coreografia della riproduzione" ad indicare l'insieme di movimenti e meccanismi specifici prodotti a partire dalle diverse dinamiche di riproduzione nazionale. In questa prospettiva, potenti forze sociali economiche e politiche modellano la forma di PMA adeguata in ogni paese. Dal momento che la PMA consente un controllo mai avuto prima sulla riproduzione umana (Franklin, Inhorn, 2016), evidenziare il processo storico relativo all'introduzione delle tecniche di PMA permette di sottolineare le dinamiche sociali che hanno plasmato le tecnologie riproduttive trasformandole in parte integrante e legittima del tessuto sociale. Allo stesso tempo, continua Mohr (2016) è importante mettere in luce come la PMA modella le dinamiche sociali.

L'introduzione delle tecnologie biomediche ha permesso alle coppie residenti in alcuni Paesi europei di rivendicare l'accesso alla tecnologia riproduttiva come elemento vincolato al loro status di cittadini e gradualmente estendere il gruppo di persone che ha accesso alle tecniche. Secondo Mohr (2016), la PMA può rappresentare uno "space of possiblity" in cui negoziare il rapporto fra istituzioni e cittadini. Le diverse forme di PMA presenti a livello globale, oltre ad essere il risultato di dinamiche globali, sono espressione di un contratto sociale organizzato a livello locale. In questa prospettiva, regolando l'appartenenza nazionale, la PMA diventa uno strumento utile a stabilire una forma di riproduzione particolare della cittadinanza. La forma che assume la PMA è il risultato di un bisogno collettivo che si manifesta nell'organizzazione sociale della riproduzione ad opera di diverse istituzioni (politica, religione, leggi, economia, scienza, media). La PMA assume un ruolo simbolico, diventa la rappresentazione dei valori morali e culturali della Nazione, in quanto oltre a garantire il superamento dell'infertilità, si configura come una tecnologia utile a regolare l'appartenenza sociale. Come afferma Mohr (2016) la PMA

può essere interpretata come la "tecnologia del contratto sociale", un mezzo pratico e simbolico per la riproduzione della cittadinanza, una strategia per imprimere una forma di appartenenza o l'esclusione dal corpo politico della Nazione.

Le trasformazioni nella forma di PMA adottata sul territorio nazionale indicano la rilevanza simbolica della pratica stessa come elemento che determina la costituzione reciproca di cittadino e società. La diffusione globale della PMA e le diverse forme assunte a livello nazionale indicano che lo sviluppo di una forma di riproduzione della Nazione è vincolato a fattori morali, culturali e sociali e allo stesso tempo la PMA svolge un ruolo nella ridefinizione di tali valori sociali nazionali e di identità soggettive. Infine, si tratta di una tecnologia dal potente valore simbolico perché riesce ad unire idee di appartenenza nazionale, paternità/maternità, scienza, genere, fertilità e procreazione (Mohr, S., Kochb, L.,2016; Franklin, S., Inhorn, M. C., 2016).

CAPITOLO V

Il dispositivo della PMA: il punto di vista degli operatori

5.1 Le fasi della fecondazione assistita: "un tessuto fitto e rituale"

Nel discorso pubblico, la riproduzione è considerata un settore legato in modo intrinseco alla sfera biologica. Nell'ambito della letteratura antropologica diventare madre non è solo un evento fisiologico ma è legato a processi di costruzione sociale che definiscono modelli specifici di maternità. Tali dinamiche variano in relazione al contesto socio-culturale e all'intervento attivo delle donne che negoziano e realizzano un modo specifico di essere madre (Kertzer, 1987; Greenhalgh, 1988, 1990; Maher, 1992; Busoni, 2000). Nel mondo occidentale, a partire dal concepimento, passando per la gravidanza e il parto, l'esperienza della maternità è gestita dal sistema medico-sanitario: prendendo forma all'interno della Scienza occidentale, e godendo di autorevolezza e prestigio, si articola attraverso il controllo sugli individui, disciplina il potere riproduttivo delle donne, modifica le coscienze, le percezioni e i comportamenti (Duden, 2000; Davis Floyd, Davis, 2013). La scienza e il discorso medico riducono la malattia e la salute al dato organico occultando la dimensione socio-culturale e politica della riproduzione (Rapp, 1998, 2001; Good, 1994).

La visione medicalizzata della maternità tende a riprodurre una naturalizzazione del rapporto madre-figlio in relazione al mito dell'amore materno (Banditer, 1981, 2011). Nelle logiche mediche si riscontra la presenza di un implicito di tipo culturale che individua la riproduzione come evento legato alla natura femminile. In questa prospettiva, le donne che non riescono a compiere la funzione biologica materna vivono uno stato ansioso indotto dallo stigma sociale che definisce la condizione di infertilità. Nelle pratiche e nei discorsi diffusi si considera la madre come unica responsabile della sopravvivenza del feto, dell'embrione e del bambino. Emerge l'uso ambiguo del concetto di maternità: da una parte indica uno stato temporaneo che coincide con il concepimento e la gravidanza, dall'altra segnala un processo di educazione e cura che continua nel tempo: "la funzione materna avrà fine solo quando la madre avrà partorito l'adulto" (Badinter, 1981: 7). Il discorso medico si basa sul controllo della scienza come cultura "alta" che contribuisce alla visione uniformante della maternità: l'oppressione femminile è ridotta esclusivamente al sistema del patriarcato, la categoria delle "donne" è considerata universale (cfr. Hondagneu- Sotelo, 2000; Pinelli, 2019). Al contrario, l'analisi delle esperienze di infertilità delle donne migranti permette di evidenziare la presenza di soggettività e posizioni sociali plurali e complesse formate dall'intersezione fra i diversi assi discriminatori incorporati nelle strutture sociali, nelle istituzioni religiose e statali, nel mercato del lavoro, nel

sistema politico (Rapp, 1998; Ginsburg e Rapp, 1991; Crenshaw, 1991; Glick Schiller, Basch, Blanc-Szanton, 1992, 1994). Numerosi studi antropologici mostrano come a partire da un'analoga fisiologia del parto, diverse culture abbiano prodotto sistemi di interpretazione dell'evento nascita differenti. Per questo motivo, è importante considerare i comportamenti, le pratiche, gli "istinti" e le emozioni intorno alla nascita come elementi in grado di svelare diverse concezioni della realtà e delle relazioni (Jordan, 1993; Maher, 1982; Ranisio, 1996, 2012). Le biotecnologie rappresentano un dispositivo medico - culturale che assume significati differenti in relazione al contesto, al tempo e allo spazio, in particolare è il risultato di una negoziazione fra terapeuta e paziente (Good, 1994; Parisi, 2017; Mattalucci, 2017).

Nel discorso pubblico i molteplici comportamenti riproduttivi attuati dalle donne si inseriscono in una complessa dialettica fra conformità e dissenso rispetto ad un'ideologia di genere dominante che regola le aspettative sociali e i modelli di relazioni, e un'ideologia sulla pianificazione delle nascite che informa le scelte e le valutazioni delle donne su una riproduzione "normale", "naturale". Nonostante la retorica ufficiale rifletta e rafforzi gli ideali moderni legati all'individualismo e all'autonomia delle donne, il rischio è quello di occultare le condizioni strutturali che, in molti casi, non permettono l'acquisizione di indipendenza economica e sociale, né libertà di scelta da parte delle donne in relazione a differenze di classe, razza, orientamento religioso, origine etnica e nazionale (Ginsburg e Rapp, 1991; Rapp, 1998; Roberts, 2016).

Nel discorso medico, le donne che decidono di ricorrere alle tecnologie riproduttive sono immaginate come "corpi docili", soggetti disciplinati, totalmente determinati all'interno di un dispositivo medico in cui la fecondazione e la gravidanza sono eventi fisiologici correlati ad un alto rischio per la salute della donna e del feto (Duden, 1994, 2000, 2006; Davis Floyd, 1994, 1987). Nel discorso dominante, la riproduzione è descritta nei termini di un evento "naturale", un processo lineare, senza fratture che segue una traiettoria ideale dal desiderio di genitorialità alla nascita di bambini in salute (Rapp e Ginsburg, 2001; Franklin, 2013; Inhorn, Birenbaum-Carmeli, 2008; Mattalucci, 2017). Si descrive così un quadro in cui la nascita di un figlio in una coppia ideale (eterosessuale, convivente/sposata, monogamica) è un aspetto fondamentale non solo per la realizzazione personale e della coppia stessa ma per l'intera Nazione.

Nel discorso dei medici la PMA è considerata un "affare ginecologico[103]": la fisiopatologia della riproduzione nasce nel campo della ginecologia e ciò comporta il fatto che la medicalizzazione riguarda prevalentemente la donna anche se il trattamento interessa la coppia. La presenza del partner maschile è infatti obbligatoria soltanto in alcune fasi del trattamento, in particolare, in relazione alla

[103] Espressione usata da una biologa del centro di infertilità dell'Ospedale Sant'Anna di Genova per definire la PMA.

raccolta del liquido seminale, in concomitanza con il prelievo degli ovociti necessario per la fertilizzazione extra corporea o nel caso di inseminazione intrauterina. Dal punto di vista legale, la normativa in materia dispone l'obbligo della presenza di entrambi i partner al momento del colloquio informativo e alle riunioni collettive, stabilisce che il consenso informato sia richiesto ad entrambi e che gli embrioni formati appartengono alla coppia.

Come ho potuto osservare durante il lavoro sul campo svolto presso il reparto di Fisiopatologia della Riproduzione dell'Ospedale Sant'Anna di Genova, nella maggior parte dei casi, le donne si presentano al primo colloquio con il medico del centro portando con sé enormi cartelle piene di esami, referti di indagini invasive e dolorose[104]. Infatti, il ricorso al parere di un medico esperto di medicina della riproduzione, all'interno di un centro di infertilità, rappresenta una tappa del complesso percorso di ricerca di un figlio. Le coppie che non riescono a concepire entro il tempo programmato e desiderato si rivolgono inizialmente al ginecologo di fiducia che prescrive alcuni esami preliminari, sulla base dei quali indirizza la coppia presso un centro di infertilità. È interessante notare che, diversamente rispetto al passato, la coppia si presenta al primo colloquio anche con il referto di uno spermiogramma (Cfr. Flamigni, 1998). Infatti, attualmente, il centro richiede tale esame per ammettere la coppia al primo colloquio. È importante sottolineare il fatto che l'accesso al centro avviene mediante la ricetta medica per visita ginecologica ma per poter svolgere il primo colloquio è indispensabile la presenza di entrambi i partner. Come è emerso dalle parole di un operatore, spesso le coppie che si presentano al centro per la prima volta sono "coppie fotocopia": la donna ricopre un ruolo da protagonista nella gestione e organizzazione di tutto ciò che riguarda il percorso di PMA mentre il maschile è secondario. I motivi sembrano legati a rappresentazioni simboliche dominanti sulla riproduzione come questione femminile rafforzate da un'impostazione del sapere medico sull'infertilità di coppia come responsabilità delle donne:

> *È la donna che telefona al centro prende appuntamento, è la donna che convince il marito a fare l'esame seminale perché deve farlo e lo accompagna quasi sempre perché comunque ci sono persone che hanno prenotato e non sono venute allora la moglie lo controlla e lo accompagna. La moglie tiene tutta la documentazione, ha sempre tutto, ha tutte le richieste, lei ha tutto e gli uomini si fanno strascinare e anche questo è sintomatico dei ruoli così diversi. Sì sono spesso coppie fotocopia, coppie frustrate perché non concepiscono, perché il rapporto fra i coniugi, il sesso diventa ripetitivo e finalizzato e spesso non c'è più né fantasia né divertimento ma rimane questa spasmodicità nella ricerca del periodo giusto... (biologa, centro infertilità).*
>
> *Gli ovociti sono proprio poi la conditio sine qua non, il compito dell'ovocita è di riparare i danni dello spermatozoo, la frammentazione, che ci sono all'interno del DNA dello spermatozoo che inevitabilmente*

[104] Alcuni esami come l'isterosalpingografia, di cui discuterò in seguito, non prevedono l'anestesia.

comunque tutti gli spermatozoi hanno perché la donna ne produce uno massimo due, l''uomo ne produce milioni quindi la precisione che c'è nella donna, a livello di DNA, non c'è nell'uomo ed è vero che con l'età queste frammentazioni aumentano perché vengono meno i processi di riparazione, ma se tu hai l'ovocita di una di 25/30 anni ancora che ha dei processi dentro dei meccanismi di riparazione del DNA perché è giovane, che lui abbia 70 o 30 anni non ci sono problemi. È la donna che comanda (biologo specializzando, centro infertilità).

Nonostante sia dato per scontato un maggiore coinvolgimento della donna per questioni biologiche e psicologiche innate che variano in funzione della cultura di appartenenza, una minoranza di operatori sanitari affermano che, rispetto al passato, si nota una maggiore partecipazione del partner maschile. Secondo gli operatori, la decisione di ricorrere alle tecnologie riproduttive si spiega in base al forte desiderio di paternità e maternità, la cui intensità varia a seconda delle caratteristiche delle coppie. Tale desiderio spinge a sacrificare tempo, soldi e salute nella PMA come strumento utile e necessario ad avere un figlio e diventare genitore:

E quello che accomuna tutte quante le persone che rivolgono ai centri di fecondazione assistita è il forte desiderio di paternità e maternità per il quale sono disposti anche a fare grandi sacrifici…poi dipende perché ci sono coppie in cui sono prevalentemente gli uomini che hanno questo desiderio, ci sono situazioni in cui chiaramente la moglie fa una cosa per compiacere il marito e viceversa ci sono delle coppie in cui è il marito che compiace la moglie. Però se arrivano qua la maggior parte sono arrivati a decidere insieme anche se non con lo stesso desiderio e intensità di voler fare questa cosa (ginecologa, centro infertilità).

Di fronte ad una paziente oncologica[105] di 28 anni che riferisce di voler rifiutare la maternità, il medico commenta con ironia: "è una zuccona! Una di quelle che ha tutto, un lavoro, un ragazzo ma non vuole avere figli!". L'opinione del medico lascia trasparire una critica al modello di riproduzione dominante che individua nell'amore materno la base della "famiglia corretta" e, in particolare, dell'identità femminile. L'amore materno è un fatto scontato: la madre che non ama suo figlio è scandalosa e aberrante così come colei che si rifiuta di averne (Foucault, 1976; Duden, 1994, 2006; Badinter, 1981). A partire da Badinter (1981) emerge un'opinione diffusa intorno al concetto di maternità come istinto: diventare madre è una predisposizione, un fatto automatico e necessario, un destino atteso. Se la riproduzione è considerata un evento naturale, normale, la gravidanza risulta essere un fenomeno fisiologico e biologico connotato da uno specifico atteggiamento materno che si protrae nel tempo e si esprime nella cura e nell'educazione dei figli (Gribaldo, 2005, 2018).

5.1.1 Il primo Colloquio

[105] Il centro FRU del Sant'Anna si occupa di Oncofertilità: Preservazione della fertilità in pazienti oncologici, attraverso specifici trattamenti e interventi medici e farmacologici.

Come ho potuto osservare all'interno del reparto di Fisiopatologia della Riproduzione dell'Ospedale Sant'Anna di Genova, durante il primo colloquio con la coppia "infertile" che segna la presa in carico da parte del centro di infertilità, il medico compila una cartella clinica informatizzata rivolgendo alla coppia alcune domande, si occupa di redigere il diario clinico[106] e formula una diagnosi di infertilità. Il processo diagnostico prevede varie fasi che permettono di arrivare alla definizione della malattia e si realizza mediante il coinvolgimento di altri esperti (genetista, urologo, andrologo, endocrinologo). La cartella clinica è suddivisa fra partner femminile/maschile e comprende le seguenti sezioni[107]: anamnesi generale, anamnesi familiare, anamnesi riproduttiva (ostetrica e ginecologia per lei, andrologica per lui), risultati esami, diagnosi.

Nel corso del primo colloquio le domande iniziali del medico riguardano la durata[108] e il tipo di infertilità di coppia (primaria, secondaria). In particolare, nella prima sezione si articolano gli aspetti relativi allo stile di vita in termini di abitudini alimentari, alcool, droghe, fumo, sport. Inoltre, si esaminano le patologie del soggetto e dei familiari più stretti per rintracciare la presenza di malattie ereditarie o eventuali predisposizioni genetiche. È interessante rilevare che si considerano soltanto i parenti all'interno della famiglia nucleare del soggetto: padre, madre, nonni paterni e materni, fratelle e sorelle, mentre sono esclusi gli zii e i cugini di primo grado.

In merito alla storia riproduttiva, la scheda clinica comprende un'anamnesi ginecologica e ostetrica. Nella prima parte si prendono in esame i seguenti aspetti: l'età del menarca, dismenorrea, regolarità del ritmo mestruare, algie pelviche, abitudini alimentari (fumo e alcool), contraccezione (metodi usati) e sessualità (frequenza settimanale dei rapporti, dolore durante i rapporti). Durante il colloquio, a fronte di una frequenza bassa (inferiore a 3 rapporti/settimana) il consiglio del medico è di fare sesso a giorni alterni, in particolare durante l'ovulazione, per aumentare le probabilità di ottenere una gravidanza, in relazione al ciclo vitale dello spermatozoo che può sopravvivere 24-48 ore nelle vie genitali femminili. Riguardo alla frequenza dei rapporti, nell'ambito della letteratura medica sulla fisiopatologia della riproduzione, si definisce come ideale, in funzione di un concepimento, un numero pari a tre rapporti per settimana. Nella sezione dedicata all'anamnesi ostetrica, le informazioni richieste riguardano eventuali aborti ripetuti, gravidanze spontanee, gravidanze extrauterine, IVG e ITG. Nella sezione dedicata al partner maschile si richiede l'inserimento dei dati relativi ad un'eventuale visita andrologica, le abitudini alimentari (fumo, alcool, droghe), le informazioni relative alla pubertà, sessualità, disfunzione erettile, patologie e infezioni urogenitali.

[106] In alcuni casi la dottoressa consegnava al termine dell'incontro una copia del diario clinico alla coppia che percepiva tale pratica positivamente come un modo per favorire il dialogo e la fiducia reciproca.
[107] Linee Guida
[108] Nel caso in cui la coppia ha rapporti non protetti da meno di un anno senza concepire solitamente si consigliano rapporti mirati.

Infine, il medico richiede informazioni relative ad eventuali problemi di fertilità riscontrati nei genitori e nei fratelli/sorelle, quindi formula la diagnosi di infertilità di coppia.

Il primo colloquio è necessario per redigere la cartella clinica della coppia infertile che comprende l'anamnesi e il diario clinico, oltre ai referti degli esami e la diagnosi. Con il termine cartella clinica si intende l'insieme di atti o documenti clinici che si riferiscono ad un dato soggetto, è un atto pubblico di fede privilegiata, ovvero non è idoneo ad attestare la piena certezza legale ma fa fede fino a prova contraria. Le norme di riferimento non chiariscono le modalità di compilazione ma dispongono l'obbligatorietà del documento stesso che può assumere diverse funzioni: clinica, amministrativa, medico-legale ed epidemiologica[109].

Nonostante l'informatizzazione della cartella clinica[110], la legislazione obbliga l'operatore sanitario alla stesura di un documento cartaceo. Al momento della chiusura della cartella, la legge dispone la conservazione della stessa presso l'archivio dell'ospedale a tempo illimitato. In caso di necessità, il paziente può richiedere una copia della cartella all' Amministrazione Sanitaria che rilascia il documento a fronte del pagamento della quota e in maniera non contestuale alla richiesta.

In merito al contenuto e alla forma della cartella clinica e del diario non esistono norme legislative in materia ma ogni direzione di Unità Operativa sceglie la struttura delle stesse. I contenuti rispondono ad alcuni criteri (rintracciabilità, chiarezza, accuratezza, veridicità, pertinenza e completezza) mentre la struttura della cartella prevede 3 sezioni: l'accesso del paziente nel centro, il processo di cura e la dimissione. Il processo diagnostico e terapeutico è composto dalla pianificazione del processo di cura e dal decorso. Nel diario clinico sono contenuti gli aspetti relativi al decorso del paziente con l'obiettivo di verificare la realizzazione e l'adeguatezza del processo diagnostico e terapeutico. Si stratta di strumenti non standardizzati nel contenuto e nella struttura, pertanto anche altri operatori non medici possono contribuire alla compilazione del diario. In questo quadro, l'eterogeneità delle fonti può rappresentare uno strumento utile al miglioramento del potere informativo del documento. Dall'analisi dei diari, ho riscontrato la presenza di note redatte da biologi, personale infermieristico, non solo da medici o specializzandi.

Per quanto riguarda la salute del feto, durante il colloquio, si prescrive alla donna l'assunzione di acido folico per impedire lo sviluppo di malformazioni. Si tratta di un integratore usato per prevenire

[109] Attualmente alcuni studi sottolineano l'importanza della cartella in relazione agli standard di cura. Infatti, l'aumento del fenomeno dei risarcimenti assicurativi per danni subiti dai pazienti è collegato alla cattiva gestione della cartella clinica. In caso di contenzioso, per rendere oggettivo e difendibile il processo diagnostico e di cura, è necessario sviluppare procedure e attività di controllo per la corretta compilazione della cartella e del diario clinico (Ravizza, Pasini, 2001, 2004; Cortucci, Valsecchi, 2002).

[110] La cartella clinica elettronica è stata introdotta dal Decreto Legge n.5 del 9 Febbraio 2012.

difetti nel tubo neurale del feto che si prescrive in modo indistinto a tutte le donne ma la tipologia e il formato variano in base alla percezione dell'estrazione socio-economica del soggetto in cura: nel caso di donne straniere si tende a consigliare indistintamente il formato economico.

Le principali cause di infertilità femminile sono: tubariche, chiusura delle tube o infezioni pelviche, endometriosi; ovulatorie e ormonali nel caso di riserva ovarica ridotta o assente, irregolarità o mancanza di ovulazione; uterine in caso di fibromi o aderenze nella cavità uterina; sconosciute nel caso in cui gli esami diagnostici non siano riusciti ad individuare una causa specifica. Nonostante non siano esami obbligatori, per l'ammissione al centro e nella fase diagnostica, si prescrivono sempre alla donna dosaggi ormonali (AMH, FSH, LH), con l'obiettivo di valutare la riserva ovarica ritenuta espressione della potenzialità riproduttiva femminile. Per indagare i fattori che possono causare l'infertilità, gli operatori prescrivono alcuni esami invasivi per verificare la pervietà delle tube (isteroscopia[111] e isterosalpingografia[112]) al fine di verificare la possibilità di procedere gradualmente partendo dalle tecniche di I livello. Le tecniche di II livello permettono infatti di superare questioni tubariche che impediscono il concepimento attraverso l'inserimento dell'embrione direttamente in utero. Oltre ad essere esami invasivi e molto dolorosi[113], presentano aspetti complicati per l'esecuzione: astinenza sessuale o rapporti protetti, devono essere eseguiti dopo l'esito negativo dei tamponi vaginali. Ogni esame prevede infatti un foglio di istruzioni per la coppia.
Gli elementi annotati nel diario clinico relativi al primo colloquio comprendono in prevalenza i valori dell'AMH, l'età femminile, il tipo di infertilità, la durata dell'infertilità di coppia. È evidente il ruolo riservato all'AMH (ormone antimulleriano) spesso rappresentato come sfera di cristallo, indice della riserva ovarica e necessario a valutare il rapporto rischi/benefici dell'eventuale trattamento. In molti casi, nel corso del colloquio la dottoressa invita la donna a sottoporsi ad un'ecografia per via vaginale, per valutare l'anatomia dell'apparato riproduttivo in relazione alla presenza di alterazioni, per verificare il numero e la crescita dei follicoli ovarici in condizioni basali e sotto stimolo.

Secondo la testimonianza di un operatore le pratiche di colloquio con la coppia sono espressione di una prospettiva limitata da superare con un approccio più ampio di tipo inter-disciplinare e inter-culturale. Nell'orizzonte di tale dispositivo, questa proposta appare complicata da realizzare: la

[111] Tecnica endoscopica che, attraverso l'inserzione di uno strumento ottico collegato ad una telecamera in cavità uterina, permette una visione diretta della cavità endometriale ed il riconoscimento quindi di eventuali patologie a suo carico.
[112] Isterosalpingografia: Esame radiologico utilizzato per valutare la pervietà tubarica che consiste nell'iniettare un liquido di contrasto all'interno dell'utero e delle tube, se le tube sono aperte il liquido le attraversa fuoriesce nelle cavità circostanti e viene assorbito dall'organismo. Anche se i medici avvertono riguardo al dolore che si può provare in quanto viene esercitata una forte pressione, non esistono esami alternativi ugualmente validi e di prassi l'anestesia non viene somministrata.
[113] L'anestesia non viene somministrata.

coppia è costretta a rispondere a domande prescritte costruite intorno al presupposto che l'infertilità sia una malattia di origine organica. Ciò esprime una circolarità tra diagnosi e malattia, terapia e malattia dal momento che il processo diagnostico è costruito in modo tale da non invalidare l'ipotesi iniziale:

> *In teoria (l'approccio alla coppia) andrebbe sviluppato ma noi dobbiamo ricordarci dei nostri mezzi e del nostro lavoro. Sono d'accordo che ci vorrebbero almeno 4 5 colloqui con le persone, con le coppie, per almeno poter capire veramente qualcosa e non è detto che ci arrivi, a volte ci vuole di più, o siamo sessuologi e fai il sessuologo e allora sì ti dedichi a fare quello ma se tu sei un biologo e medico devi aver altri strumenti che ti permettono di discriminare il problema organico da no e capire quanto la coppia è in uno stato di allarme o no, capire come è quella coppia, lo stato di salute della coppia psicologico e non solo fisico e poi a quel punto capire se indirizzarlo da un sessuologo che faccia quello o sennò fare quello (biologo, specializzando).*

In molti casi, la comunicazione tra medico e paziente non sembra essere efficace. Comunicare non significa solo informare sulla diagnosi, ma ascoltare e comprendere il paziente, accompagnarlo nelle scelte senza sostituirsi al soggetto ma considerandolo parte attiva nel processo diagnostico. La principale preoccupazione degli operatori nel relazionarsi al paziente è quella di proporre la sola terapia considerata necessaria:

> *Mi sono reso conto che una base sessuologica psicologica oltre che biologica clinica e medica è fondamentale per capire chi hai davanti anche se non sei tu a dover dire non puoi fare il ciclo di PMA o sì, deve esserci uno psicologo che è in grado ma intanto ti aiuta a capire chi hai davanti. […] E anche approcciarti al paziente nel modo più corretto- che poi ti dico, non te lo so spiegare a livello pratico- quello che credo è che il paziente abbia bisogno di ascolto e se tu sai ascoltare sai anche come aiutare a prendere le scelte, come anche a fargli sopportare inevitabilmente dei fastidi dei disturbi che ci sono (biologo, centro infertilità).*

Alcuni operatori evidenziano i limiti del modello medico di cura dell'infertilità dichiarandosi favorevoli ad una presa in carico del paziente che non comprenda solo aspetti legati all'efficacia delle tecniche:

> *In generale nel nostro ambito spesso c'è poco questo come dire interesse e accuratezza nell'ambito psicologico etico, c'è più che altro una concentrazione sul risultato, c'è la tecnica ma c'è molto di più. Per ottenere una cosa non basta solo il miglioramento conoscitivo tecnico pratico, è tutto l'ambiente che c'è intorno come lavorare con i pazienti, come curare nel modo giusto perché l'obiettivo è più ampio (biologo, centro infertilità).*

Il successo delle tecnologie non è determinato esclusivamente dall'innovazione scientifica ma la relazione di cura dovrebbe comprende un aspetto più ampio e spesso tralasciato che riguarda la capacità di sviluppare un rapporto di fiducia fra medico e paziente (Bouznah, Lewertowski, 2013;

Pisani, 2013). Come sottolinea Barbara Duden (2000: 214), "oggi il medico non ascolta la narrazione di una sofferenza. Nell'anamnesi contano i parametri: le misurazioni di punti temporali, le linee di tendenza". I controlli moderni sulla gravidanza, le nuove tecnologie riproduttive adottate hanno trasformato profondamente il ruolo assunto dal medico e il significato attribuito alla gravidanza. Nel passato, essere medico significava saper formulare un'ipotesi causale, oggi il medico è l'esperto professionista che chiede alle pazienti conferma della diagnosi formulata. Se il concepimento e la gravidanza rappresentavano per le donne la lenta percezione di un'esperienza corporea, oggi, tramite le tecniche di procreazione assistita, la fecondazione è diventata la presa d'atto e l'interiorizzazione di un referto medico. Negli incontri con il paziente si mette in evidenza lo scarto prodotto fra due logiche dell'infertilità: per gli operatori è una malattia organica da curare ricorrendo alle tecnologie riproduttive mentre per i pazienti è legata a forze misteriose e invisibili, non è un fatto personale ma riguarda l'intera collettività. La narrazione del medico si basa su una visione occidentale di malattia come unica e universale, mentre il paziente fornisce una spiegazione particolare della malattia. Secondo Bouznah e Lewertowski (2013), occorre integrare in modo equilibrato queste due narrazioni al fine di costruire un'alleanza terapeutica fra medico e paziente, superando la visione binaria che oppone la verità del discorso medico e scientifico al racconto del soggetto.

5.1.2 L'iter diagnostico

Per potersi sottoporre ad un ciclo di riproduzione assistita sono necessari degli esami preliminari ma solo alcuni sono validi per sempre mentre altri presentano hanno una validità minima da 3 a 12 mesi, per cui è molto probabile che debbano essere ripetuti prima di ogni nuovo ciclo. In prevalenza riguardano il partner femminile. Gli esami validi per sempre e per entrambi i partner sono i seguenti: gruppo sanguineo, cariotipo, emoglobinopatie congenite. Le donne devono eseguire pap-test, ecografia mammaria o mammografia che hanno validità di 12 mesi. Inoltre, è obbligatorio il tampone vaginale per germi comuni valido per sei mesi. I seguenti esami hanno validità di 3 mesi e riguardano solo la donna: toxoplasma, rosolia, anticorpi anticitomegalo virus, anti herpes virus, mentre entrambi devono effettuare il test per: sifilide, HIV, epatite B e C. Tra gli esami da eseguirsi su richiesta specifica rientrano per la donna: AMH, FSH, LH, X fragile, mentre per l'uomo è prevista la microdelezione del cromosoma Y e per entrambi lo studio del DNA per fibrosi cistica.

Il corpo della donna in gravidanza, sostiene Duden (1994, 2000, 2006), nel corso degli ultimi trent'anni, è diventato oggetto di innumerevoli procedure che risultano imperscrutabili: "misure dal valore discutibile, comportano costi, fastidi e non sono prive di pericoli" (2000: 101). È interessante

sottolineare come la "verifica diagnostica" della gravidanza, alla base dei modelli interpretativi moderni della sofferenza, sia stata estesa alla fecondazione.

Alcuni di questi esami[114] possono essere eseguiti soltanto presso il centro di Genetica unico sul territorio ligure mentre altri sono eseguibili in qualsiasi laboratorio ma è consigliato prenotare in ambito privato per una notevole riduzione dei tempi di attesa. Alcuni[115] sono esenti da ticket per le coppie con diagnosi di infertilità. Una corretta valutazione diagnostica implica il fatto che il medico impieghi una buona parte del colloquio nella trascrizione dei valori degli esami eseguiti all'interno della cartella informatizzata e a prescrivere gli esami obbligatori da ripetere perché scaduti. In questo contesto appare evidente che gli operatori non riconoscono le difficoltà pratiche, non solo economiche, legate al percorso diagnostico e affrontate dalle donne. Nella maggior parte dei casi, in particolare nel rapporto con l'utenza di origine straniera, non riconoscono in modo adeguato le differenze fra le pazienti legate alla classe, allo stato sociale, al capitale culturale e al livello di istruzione. Infatti, si tratta di esami di cui gli utenti non comprendono le motivazioni, con procedure burocratiche complicate, costi considerevoli, problemi legati alla difficoltà di conciliazione con il lavoro. Questo scenario è valido anche per le donne italiane con un livello di istruzione medio-alto poiché si tratta di questioni mediche difficili da comprendere in assenza di una base di conoscenze di tipo medico.

L'accesso al trattamento di PMA di I e II livello è subordinato all'esecuzione di particolari esami, come sopra riportato. Dover ripetere degli esami per una coppia significa rinviare il trattamento al ciclo mestruale successivo, perdendo in questo modo del tempo considerato prezioso. Nel corso della visita che precede l'inizio del trattamento, gli operatori devono controllare che la coppia sia in regola con gli esami preliminari obbligatori per legge, in caso contrario non è possibile procedere. È interessante riportare un episodio che segnala la capacità di negoziazione fra saperi, individua un rapporto più equilibrato di potere fra medico e paziente, non solo sul piano discorsivo, e può favorire un'alleanza terapeutica e un'esperienza positiva del trattamento (Bouznah, Lewertowski, 2013). In un'occasione, è accaduto che la donna si rifiutasse di effettuare il pap-test scaduto da pochi giorni, risultato in precedenza negativo. L'intervento del medico responsabile del centro ha consentito di procedere con il piano terapeutico stabilito senza dover ripetere il pap-test, a condizione che la paziente firmasse una liberatoria in cui dichiara che è consapevole della decisione presa e solleva il medico da ogni responsabilità.

[114] Cariotipo, X fragile, microdelezione del cromosoma Y, studio fibrosi cistica sul DNA.
[115] Gruppo sanguineo, toxoplasma, rosolia, HIV, sifilide.

5.1.3 Il consenso informato e le riunioni collettive

Le riunioni informative collettive si tengono nell'Aula Magna situata fra il Padiglione 1 (Reparto PMA, Ambulatorio IVG) e il Padiglione 2 (Reparto maternità, Centro Nascita Alternativo). Gli operatori sanitari del centro di infertilità illustrano nel dettaglio e con mezzi audio-visivi, le fasi della procedura e le problematiche di carattere sanitario relative al percorso di PMA. La partecipazione è obbligatoria e parte fondamentale del percorso di procreazione assistita. L'obiettivo dell'incontro consiste nel rendere comprensibile ogni aspetto delle procedure, in modo che il consenso al trattamento da parte delle coppie possa essere basato sulla comprensione di tutta la procedura. Prima della riunione, viene consegnata ad ogni coppia la dichiarazione del consenso informato per la PMA. La restituzione del modulo, firmato da entrambi i partner, è un atto indispensabile per poter accedere alle tecniche. Le coppie che partecipano ad ogni incontro vanno dalle 50 alle 60. Nel corso della riunione si descrivono le fasi del percorso, gli aspetti particolari relativi all'applicazione delle tecniche, i risultati, i rischi per la donna e il nascituro, alcune indicazioni pratiche sul percorso da svolgere.

Diversamente dagli altri paesi europei, la certificazione di infertilità è necessaria per l'accesso alle tecnologie riproduttive in ambito pubblico. Infatti, a seconda della diagnosi esistono precise indicazioni terapeutiche:

- Le tecniche di I livello comprendono la inseminazione intrauterina (IUI). Si tratta di una tecnica poco invasiva che può essere svolta senza stimolazione ormonale e prevede la raccolta del liquido seminale. Tale pratica presenta un tasso di successo minore rispetto alla FIVET pari a circa il 10%, viene usata per coloro che presentano un'infertilità di coppia inspiegata e buona condizione delle tube. Inoltre, è una tecnica adatta alle coppie che sono infertili per questioni legate all'atto sessuale (impotenza coeundi[116]) anche se tale aspetto non viene dichiarato. Il base al principio di gradualità delle tecniche imposto per legge l'inseminazione intrauterina è la prima forma di fecondazione che deve essere usata.
- La FIVET[117] è indicata in caso di ostruzione tubarica bilaterale, endometriosi, fattore maschile medio, infertilità inspiegata, precedente insuccesso delle tecniche minori (Inseminazione

[116] Essa consiste nell'incapacità dell'uomo o della donna a compiere l'atto sessuale (impotentia coeundi) o a generare (impotentia generandi). Le cause possibili dell'impotentia coeundi si distinguono in psichiche e organiche (dovute alla distruzione, mancanza, malformazione o malattie degli organi sessuali).

[117] FIV/ET = Fertilizzazione in Vitro e trasferimento in utero di embrioni.

intrauterina IUI); mentre la ICSI[118] è opportuna in relazione a fattore maschile grave o gravissimo.

Durante l'incontro con le coppie il medico spiega nel dettaglio i passaggi che comprende un ciclo di FIVET o ICSI:

1. Stimolazione ormonale ovarica controllata e Monitoraggio ecografico e ormonale: per un periodo di 12-16 giorni la donna assume una terapia ormonale per stimolare la crescita di follicoli.

2. Induzione dell'ovulazione: farmaco che consente di completare la maturazione degli ovociti e di preparare il follicolo all'ovulazione, viene somministrato 36 ore prima dell'intervento di prelievo ovocitario.

3. Prelievo ovocitario: intervento eseguito in sedazione profonda coscia attraverso una sonda vaginale con un ago collegata all'ecografo e un sistema di aspirazione dei follicoli. Oltre a infezioni e emorragie il rischio è la perforazione di organi addominali.

4. Raccolta e preparazione del liquido seminale

5. Inseminazione degli ovociti e fertilizzazione in vitro FIVET <> ICSI

6. Trasferimento di embrioni in utero: procedimento ambulatoriale effettuato tra il secondo e il quinto giorno dopo il pick up che consiste nel trasferimento dell'embrione tramite catetere in utero. Il medico è guidato dall'ecografo.

7. Supporto della fase luteale: si prescrivono farmaci a base di progesterone per compensare un'inadeguata o mancata funzione del corpo luteo e favorire l'impianto dell'embrione.

Il medico informa i futuri pazienti che il ciclo di stimolazione può essere interrotto per motivi clinici legati al rischio sindrome da iperstimolazione[119] o per un'insufficiente risposta alla stimolazione ormonale[120]. Nel corso della riunione informativa viene presentato il prospetto del piano terapeutico suddiviso in tre fasi che corrispondo a tre settimane di trattamento: la stimolazione ormonale, il monitoraggio e il prelievo ovocitario. In seguito, si illustrano nei dettagli le fasi del percorso usando alcune immagini relative all'utero, facendo un rapido accenno alla possibilità di usare la pillola per temporizzare il ciclo.

[118] Microiniezione intracitoplasmatica di spermatozoi.
[119] La sindrome da iperstimolazione ovarica (Ovarian Hyperstimulation Syndrome, OHSS) è la complicanza più grave che si può verificare: aumento di volume delle ovaie e emorragie intraovariche, versamento pleurico, ascite ed edema vulvare, aumento della permeabilità vascolare.
[120] Produzione di un numero ridotto di follicoli o la formazione di cisti o un calo ormonale.

Nel corso dell'incontro con le coppie vengono descritti i procedimenti eseguiti nel laboratorio di andrologia sul seme e dalle embriologhe sui gameti femminili. Solitamente la responsabile del centro introduce il discorso sul partner maschile affermando in tono critico: "in questo momento e per poco tempo entra in scena l'uomo che deve provvedere il giorno del pick up a raccogliere del liquido seminale per la fecondazione"[121]. In laboratorio gli spermatozoi vengono sottoposti a procedimenti che hanno lo scopo di selezionare la popolazione dotata delle migliori caratteristiche. Questi procedimenti detti di "capacitazione" richiedono circa 45 minuti[122] e hanno lo scopo di ottenere il materiale migliore. Per questo motivo, si richiede un'astinenza dai 3 ai 5 giorni.

Diverse immagini al microscopio descrivono, in particolare, l'inseminazione in vitro, lo sviluppo degli embrioni, il trasferimento in utero e la crioconservazione degli embrioni in sovrannumero. Si presenta alle coppie anche la possibilità del congelamento degli ovociti sovrannumerari e la possibilità di effettuare un ciclo con il materiale congelato senza doversi sottoporre ad una stimolazione ormonale. Inoltre, si avvertono le coppie che potrebbero esserci dei fallimenti già in questa fase e si presentano i tassi di successo delle diverse procedure. Lo staff del centro fornisce indicazioni pratiche sul percorso, in particolare riguardo al "giorno del basale" che coincide con l'apertura della cartella clinica per le tecniche di II livello e rispetto all'intervento di prelievo ovocitario.

Infine, il medico presenta i risultati riguardo all'efficacia delle tecniche riproduttive attraverso indagini statistiche e grafici complessi. Il colloquio collettivo termina con l'illustrazione dei rischi per la donna e per il nascituro. Si mostrano alcune fra le principali problematiche riscontrate nella letteratura scientifica: gravidanza tubarica, gravidanze multiple, complicanze emorragiche, iperstimolazione ovarica. Riguardo al nascituro si evidenzia un aumento del rischio di malformazioni nei nati da PMA del 30% rispetto ai nati mediante concepimento spontaneo.

Nel corso della riunione non si tratta di problemi bioetici derivanti dalla fertilizzazione extra corporea, dalla manipolazione dei gameti e dalla crioconservazione di gameti e embrioni ma si ricordano le questioni pratiche. Ad esempio, in caso di crioconservazione di embrioni o gameti, la coppia ogni anno deve corrispondere al pagamento per il mantenimento del materiale presso la struttura. Un operatore del centro è incaricato di contattare i proprietari di gameti o embrioni conservati nel centro che non hanno ancora provveduto a corrispondere tale quota. Dal lavoro sul campo è emerso che

[121] Questo tema sarà ripreso nella parte dell'analisi dei risultati.
[122] Vengono usate due tecniche la prima per gradiente discontinuo di densità, la seconda è definita swim-up: si ricopre parte del liquido seminale con terreno di coltura e per selezionarli si lascia che gli spermatozoi migliori (più veloci) migrino da soli verso l'alto.

molti ex pazienti non se ne ricordano, molti pensano di non averne, qualche coppia vorrebbe donare gli embrioni ma la maggior parte se ne disinteressano sia nel caso di successo che di fallimento delle tecniche. Alcuni prendono tempo, a seguito di una recente nascita, altri scelgono di conservare embrioni e gameti: l'eliminazione del materiale biologico rappresenta comunque un rischio per il futuro fertile della coppia.

La riunione informativa ha una durata di circa 2 ore e, dal punto di vista scientifico, gli operatori illustrano correttamente gli aspetti fondamentali dell'applicazione delle tecniche e le possibili problematiche. Tuttavia, a fronte di una materia complessa e difficile da comprendere, l'incontro di gruppo mensile risulta insufficiente ai fini di una comprensione totale del procedimento. La riunione non permette di chiarire in modo completo i dubbi delle coppie infertili ma offre alcune informazioni sui protocolli e le procedure che i medici adotteranno. In molti casi, il consenso informato è firmato indipendentemente da una piena comprensione delle tecniche e degli effetti sulla salute delle donne. Come ricorda Duden, il consenso indica "aver preso atto di una decisione professionale, è un semplice rituale formale" (2006: 228).

5.1.4 Il Giorno del Basale

Il giorno del basale stabilisce l'inizio del percorso di procreazione assistita. La presenza del compagno non è indispensabile e ho notato che molte donne non sono accompagnate. È obbligatorio presentarsi dal secondo al quarto giorno di mestruazioni, a digiuno. Alle 7.30 si ricevono le pazienti in reparto e viene effettuato un prelievo di sangue, a cui segue un monitoraggio ecografico con sonda transvaginale per visualizzare l'ovulazione e controllare la conformazione dell'utero. Dopo aver visitato tutte le pazienti, in relazione alla disponibilità dei risultati ormonali, l'équipe del centro si riunisce e formula un piano terapeutico individuale. Successivamente, le pazienti vengono ricevute per una seconda volta per prescrivere i farmaci che inducono l'accrescimento follicolare (Puregon, Gonal-f) o l'ovulazione (Gonasi) la cui somministrazione per via sottocutanea viene spiegata dal personale infermieristico. Lo stesso giorno le donne in cura devono effettuare un elettrocardiogramma indispensabile per sottoporsi all'intervento di prelievo degli ovociti presso un altro padiglione situato all'interno del policlinico Sant'Anna di Genova. Al termine del controllo, si può considerare concluso il giorno del basale e le donne possono lasciare l'ospedale, solitamente intorno alle 13.

Durante la visita ecografica è emerso un atteggiamento distante degli operatori a fronte delle esperienze vissute dalle donne. In molti casi, gli operatori non danno peso al senso di vergogna e al dolore riferito dalle pazienti legato al fatto che la prima ecografia avvenga durante le mestruazioni.

Nel corso della visita il medico deve eseguire diverse manovre con la sonda vaginale per consentire la visualizzazione delle ovaie. Gli operatori esprimono commenti sulla condizione delle ovaie senza considerare gli effetti sulle pazienti: "signora ha proprio delle brutte ovaie, soprattutto a destra non si riescono mai a vedere", "le sue ovaie sono vecchie"[123]. Tali commenti hanno un impatto negativo sulla donna e rafforzano la convinzione di non poter riuscire ad avere un figlio se non facendo ricorso alle tecniche

Al termine delle visite ambulatoriali che si svolgono ogni martedì, in occasione del giorno del basale, dottoresse e specializzande si riuniscono per condividere le informazioni relative alle pazienti e per stabilire il piano terapeutico. Nel caso delle tecniche di secondo livello è prevista la formulazione di un piano terapeutico che comprende un periodo di almeno tre settimane, nel corso del quale la paziente deve assumere quotidianamente, allo stesso orario, un farmaco, mediante iniezione sottocutanea; allo stesso tempo, deve presentarsi in ambulatorio a giorni alterni per sottoporsi ai monitoraggi ed esami ormonali.

Nel corso del lavoro sul campo ho potuto assistere alle dinamiche che determinano la scelta del farmaco, del dosaggio e del protocollo da applicare ad ogni singola paziente nel corso della stimolazione ovarica. Lo staff del centro presenta i casi osservati distinguendo le pazienti in base alle categorie di riferimento del discorso medico: indice di massa corporea, valori AMH, visione ecografica delle ovaie, malattie croniche ed età. Durante l'incontro fra operatori, nella formulazione del piano terapeutico, è emerso un alto grado di indeterminatezza nella scelta del farmaco. Una terapia adeguata (tipo di farmaco, dosaggio e periodo di somministrazione) non si può stabilire a priori: non esiste sempre un fattore noto nell'infertilità e non ci sono grandi differenze nei principi attivi dei farmaci. Solo pochi farmaci sono stati sperimentati per una specifica diagnosi di infertilità, altri non presentano indicazioni terapeutiche specifiche. Nel caso in cui l'eziologia della malattia non è individuata, la scelta terapeutica consiste nella combinazione di differenti tipi di farmaco, di dosaggio e durata della somministrazione. Spesso si assiste al "gioco della terapia": un rilancio di proposte arbitrarie con apparente disinteresse rispetto alle possibili conseguenze, senza considerare gli effetti negativi riscontrati dalle donne. A fronte di un controllo costante sui corpi, "la percezione di andare per tentativi è sempre presente e rimarcata dai medici" (Gribaldo, 2005: 58). Come sottolinea Gribaldo (2005), nel discorso medico e nelle pratiche si pone enfasi sul fatto che per avere un risultato, cioè un figlio, occorre che la donna accetti la sperimentazione ridefinendo così il proprio limite: quale tecnica usare? Quando è giusto fermarsi? La personalizzazione del servizio riflette una visione delle

[123] Nota del diario di campo raccolta all'interno del Reparto di Fisiopatologia della Riproduzione durante le visite ambulatoriali 15/02/2018.

tecnologie riproduttive come capaci di modellare il corpo. Attualmente, nel caso della PMA i corpi delle donne assumono la forma di corpi docili ma, allo stesso tempo, le tecnologie mettono in evidenza la plasticità del corpo. Due dimensioni apparentemente in opposizione risultano dunque compresenti: il monitoraggio continuo, il super controllo sul corpo e l'imprevedibilità, l'indeterminatezza.

5.1.5 La stimolazione ormonale e il monitoraggio ecografico

Solitamente la donna che assume la terapia ormonale afferma di sentirsi gonfia, accusa mal di testa e, in alcuni casi, presenta sfoghi cutanei. Il medico tende a minimizzare tali condizioni, un fatto di poco conto, un fastidio accettabile che corrisponde al prezzo da pagare per realizzare il desiderio di avere un figlio. L'incontro con il medico si limita alla visita ecografica, non c'è spazio per un dialogo, per ascoltare i dubbi e le osservazioni delle donne. Il gonfiore, il senso di pesantezza, la nausea, l'aumento di peso, sono aspetti raramente menzionati dallo staff del centro durante i colloqui informativi collettivi e di coppia come le conseguenze legate ad aspetti emotivi vengono completamente tralasciate. Secondo l'analisi di Paxson (2003), tale atteggiamento riflette l'idea che le tecnologie siano una risposta ragionevole allo stress legato alla condizione di infertilità. Per questo motivo, gli operatori aderiscono alle indicazioni contenute nelle Linee Guida in cui gli aspetti immateriali e emozionali non hanno effetti sull'analisi del caso.

In un caso, la paziente ha riferito spossatezza, stanchezza e ha chiesto al medico informazioni sulle possibili cause. A fronte della richiesta di chiarimenti da parte della paziente, la dottoressa dichiara che tale malessere potrebbe essere dovuto alla terapia antibiotica e non a quella ormonale. Infatti, in previsione dell'intervento di prelievo degli ovociti, il medico può scegliere di prescrivere l'antibiotico per ridurre il rischio di infezioni. In un'occasione la paziente poneva dubbi in proposito, non condivideva il parere del medico considerando gli effetti negativi di una terapia antibiotica "preventiva". Il medico non si è dimostrato comprensivo ma ha imposto la propria scelta senza motivazioni adeguate dicendole: "perché? le sposta così tanto la vita fare una terapia antibiotica[124]?".

Durante il monitoraggio ecografico che si svolge all'interno dell'ambulatorio, il medico collabora con un altro operatore per accogliere gli utenti e, in particolare per trascrivere i dati relativi all'ecografia. La paziente si sdraia sul lettino in posizione ginecologica-litotomica e si annotano i dati riferiti dal medico rispetto alle dimensioni dell'endometrio, la quantità e il diametro dei follicoli ovarici. Nel caso in cui il medico decida la data dell'inseminazione o del pick up, si consegna alla

[124] Nota del diario di campo 12/12/2017

signora un promemoria con la terapia, i modi e i tempi della somministrazione dei farmaci. Raramente ho potuto osservare momenti di dialogo con la donna anche in relazione alle particolari condizioni di lavoro: l'apertura è prevista soltanto al mattino fino alle 13.30, sono presenti solo due medici strutturati di cui uno è il responsabile del centro, a fronte di un numero di richieste in continuo aumento. I Monitoraggi ecografici previsti in un ciclo di PMA sono circa una decina: 2/3 alla settimana per un periodo di 3 settimane. Secondo il medico l'ecografia è percepita in modo positivo dalle pazienti, non è avvertita come un esame invasivo né una tecnica dolorosa, appare uno strumento di controllo che trasmette sicurezza: "cinque minuti in cui la paziente è tranquilla perché può controllare la situazione[125]". Durante l'ecografia transvaginale il medico si occupa di osservare lo schermo dell'ecografo per procedere alla misurazione esatta delle dimensioni e quantità dei follicoli, eventuali fibromi, cisti ovariche. Lo stato emozionale della donna, le aspettative e le sensazioni non sono considerate. In seguito, si rivolge alla signora per consegnare la terapia. In caso di dubbi riguardo alle modalità di somministrazione dei farmaci vengono invitate a rivolgersi al personale infermieristico. Altrimenti, come è emerso dalle testimonianze raccolte, in caso di chiarimenti interpellano altri operatori del centro con cui hanno sviluppato un rapporto di fiducia.

5.1.5.1 La pregnanza simbolica dell'ecografia

A partire dagli anni Ottanta si è verificato un processo di iper-medicalizzazione della nascita che ha comportato la svalorizzazione delle percezioni delle donne, in favore di un modello dominante di salute biomedico indotto dalla pressione sociale (Duden, 1994, 2006). Il processo di medicalizzazione della riproduzione risulta trasversale alle classi sociali, il significato attribuito all'intervento biomedico si declina come idea di sicurezza, di modernità e di benessere divenendo così sinonimo della disponibilità di risorse economiche, culturali e segno di riconoscimento sociale.

> *Noi creiamo dei bisogni in questo modo, sono queste nuove tecniche, nuovi test di screening su sangue materno, non invasivi, a basso rischio, poco dolore perché è un prelievo di sangue e quindi allora… "sono costosi però così sono più tranquilla" che vuol dire tutto e niente (ostetrica, ambulatorio 37ma settimana).*

Secondo il parere dell'ostetrica intervistata, il processo di medicalizzazione della gravidanza corrisponde ad un "meccanismo perverso" che implica l'affermarsi di alcuni bisogni, e trasforma la percezione delle donne verso le tecnologie come pratiche che trasmettono una maggior sicurezza e senso di fiducia (Davis Floyd, 1994; 1998; Davis Floyd, Davis, 2013). Nel caso del passaggio dall'allattamento materno al biberon, le donne sono state incoraggiate da medici e operatori ad

[125] Nota del diario di campo raccolta durante una conversazione informale all'interno dell'ambulatorio con un operatore 18/02/2018.

abbandonare comportamenti legati a valori del passato; in cambio, si mostrano insicure del proprio sapere e delle proprie sensazioni (Badinter, 1981; Maher, 1992; Ranisio 2012; Duden, 1994, 2000, 2006).

> *Secondo me, noi professionisti abbiamo complicato tanto la vita delle donne rendendole così insicure delle loro capacità, dei meccanismi fisiologici. […] È che abbiamo fatto anni di cattiva cultura. Negli anni '80 allattare al seno era obsoleto, era da vecchie babbione, bisognava, per essere più moderni, allattare con il biberon. La separazione ha fatto danno […] ora demolire tuta questa costruzione che abbiamo fatto noi operatori è un lavoraccio. […] Il bambino sano ha bisogno di sua mamma, delle tette, del calore, dell'odore, del sapore, è un lavoro di recupero per demolire la costruzione culturale (ostetrica, ambulatorio 37ma settimana).*

Il sapere medico risulta socialmente legittimo imponendosi sulle esperienze soggettive delle donne, inoltre individua una dinamica potente che rafforza una costruzione culturale della maternità basata sull'espropriazione del sapere femminile.

Secondo l'ipotesi critica di Duden, l'ecografia assume un valore simbolico, una forma di controllo moderno sulla gravidanza che, attraverso le tecniche, trasforma la sensibilità delle donne. Come afferma un'ostetrica incontrata da Duden l'ecografia "è una sciocchezza e diventa un desiderio" (2006:101). L'ecografia possiede un duplice potere simbolico: da un lato è dotata di un potere somatogeno; dall'altra produce un bisogno, un desiderio. Il rituale ecografico è un atto che frammenta il corpo della donna, paralizza la sensibilità modificando le percezioni. Anche nel caso della PMA, le donne infertili così come le donne in gravidanza "imparano a guardare su uno schermo il contenuto del loro ventre": la donna è portata a vedere attraverso le parole del medico (Duden, 2006: 102). Nel processo diagnostico e terapeutico, il corpo della donna è centrale ma non nella sua totalità. Si osservano solo alcune parti distinte ma invisibili (organi riproduttivi e gameti): il corpo femminile è frammentato e rarefatto (Gribaldo, 2005).

5.1.6 La produzione del corpo femminile dalla metafora della produzione alla metafora dell'accoglienza

Analizzando le fasi del processo di procreazione assistita e le narrazioni degli operatori sanitari emergono i modi in cui il coinvolgimento del maschile e femminile sia profondamente differente. Le pratiche, i discorsi e le immagini degli operatori sono contrassegnati dall'assenza del contributo maschile nella procreazione assistista e si focalizzano principalmente sugli organi riproduttivi femminili, in particolare le ovaie e l'utero. Non si pone attenzione al prelievo di seme rispetto alla centralità dei discorsi sull'ovocita anche per il fatto che l'introduzione della tecnica ICSI permette di risolvere i problemi di sterilità maschile. Inoltre, il seme non è soggetto a classificazioni diversamente

dagli ovociti "come se il suo contributo fosse irrilevante, sullo spermatozoo non c'è attenzione: non è sede di un discorso" ma la raccolta del seme "è giudicato un atto quasi pornografico e le volte che lo si menziona è con imbarazzo" (Gribaldo, 2005:49). Le tecniche riproduttive presentano dunque un duplice effetto: "la scomparsa dell'atto sessuale e lo sclerotizzarsi della differenza sessuale a livello produttivo in quanto tutte le pratiche mediche si focalizzano sul corpo delle donne o meglio sugli organi riproduttivi femminili" (2005: 48).

Come sostiene Gribaldo (2005), le numerose procedure tecnologiche utilizzate sono centrali nella ridefinizione del corpo femminile e servono per legittimare il linguaggio biomedico. Nei racconti di alcuni operatori emerge un rapporto particolare fra organi riproduttivi e le sostanze che vengono prodotte. In questo modo, il corpo femminile è oggetto di una scienza esercitata tramite un linguaggio biomedico che enfatizza la metafora della produzione, del lavoro. Secondo Martin (1991) l'idea di produzione è la chiave per interpretare la rappresentazione del corpo femminile nelle scienze. Nei testi scientifici analizzati, l'ovogenesi e la produzione di spermatozoi sono considerati processi profondamenti differenti: la prima è descritta nei termini di una iperproduzione inutile, al contrario la seconda rappresenta una produzione attiva e legittima. Emerge qui l'influenza degli stereotipi di genere per cui il femminile è associato ad una "produzione debole che tende allo spreco e che va imbrigliata, seguita controllata, viceversa quella maschile è da valorizzare" (Gribaldo, 2005: 52). Le ovaie e ovociti sono al centro del controllo medico poiché l'obiettivo è assicurarne una ottimizzazione. Come ho riscontrato nel periodo di osservazione partecipante nel centro di infertilità dell'Ospedale Sant'Anna, nel discorso medico, i monitoraggi costanti e la somministrazione di farmaci sono considerati gli elementi principali nel determinare la qualità del materiale biologico per la fecondazione. Il momento dell'impianto dell'embrione è il più delicato del processo di procreazione assistita. In questa fase, la tecnologia perde il suo ruolo preponderante e la responsabilità del fallimento o del successo è attribuita esclusivamente alla donna. Nella fase del trasferimento dell'embrione in utero è possibile individuare dalle parole degli operatori la centralità della metafora dell'accoglienza: "l'utero non produce, ma accoglie, serve a tenere, curare, nutrire" (Gribaldo, 2005: 54). La capacità di accogliere, contenere l'embrione nell'utero e di portare avanti la gravidanza risultano qualità "naturali", associate al femminile che permettono di identificare la donna nella sua totalità come unica responsabile, protagonista assoluta. In questo modo, lo stereotipo di genere opera in maniera pervasiva legandosi alla nozione di maternità come amore e "istinto materno" e "alla capacità – nella sua duplice accezione di idoneità e possibilità di contenere – della donna" (Gribaldo, 2005:55). Le tecniche riproduttive risultano portatrici di una dimensione di "flessibilità dei corpi" in quanto finalizzate all'ottimizzazione del corpo per la riproduzione: i corpi "docili" di cui parla Foucault diventano anche "plastici". Tra corpi sterili, totalmente determinati dalla biologia e corpi

plastici che prendono forma attraverso le tecniche, emergere il carattere ambivalente delle biotecnologie. È importante sottolineare da un lato, gli effetti della medicalizzazione, i rischi per la salute delle donne, le scarse possibilità di successo delle tecniche ma dall'altro "non si può ritrarre le donne come vittime passive e non tener conto che i cambiamenti nell'immaginario riproduttivo e di genere sono già ampiamente presenti nella contemporaneità" (Gribaldo, 2005: 65). Il discorso medico è dunque legittimato tramite il rapporto fra pratiche mediche e la nozione di natura e allo stesso tempo, la tecnologia medica ridisegna continuamente le caratteristiche e i limiti della natura contribuendo ad un ripensamento dei corpi e dei generi (Franklin, 1997).

5.2 La patologizzazione dell'infertilità

Sulla base della fisiopatologia della riproduzione[126], la diagnosi di infertilità produce una distinzione fra corpi patologici e "normali" definendo, per i primi, la necessità del ricorso al dispositivo della PMA. In questo modo, la PMA ha contribuito alla costruzione di eventi e soggetti patologici per i quali è necessario l'intervento biomedico (Franklin, 1995, 2006, 2013; Lock 1998).
Infatti, come segnala Rapp "quando la riproduzione diventa problematica fornisce una lente attraverso la quale possono essere viste le norme culturali, le lotte, e le trasformazioni. Gli esempi tratti dalla diagnosi prenatale rivelano in modo particolare i diversi interessi e la posta in gioco che tutti abbiamo nella riproduzione" (Rapp, 2001, pag. 466).

Nelle linee guida NICE[127] si definisce infertilità il caso in cui una donna non ottiene un concepimento dopo un anno di rapporti non protetti, anche in assenza di una causa nota. In questo caso, si raccomanda di ricorrere ad una valutazione clinica presso un centro specializzato in fisiopatologia della riproduzione, insieme al partner, per definire una terapia adeguata dopo aver indagato un fattore noto o elementi di predisposizione. Le testimonianze degli operatori esprimono opinioni eterogenee riguardo all'incremento delle tecnologie riproduttive in relazione ad una maggiore incidenza della sterilità e alle sue cause:

> *Dicevo che la sterilità è un sintomo, quelli che sono contrari alla fecondazione dicono ah ma non è una malattia! Io dico è vero, ma è un sintomo di tante malattie diverse, non è un messaggio divino, è il sintomo*

[126] Settore della medicina che studia i processi biologici che sottendono la salute riproduttiva della coppia e, più in particolare, dei loro organi riproduttivi. Esso coglie i disturbi di tali processi, quando generati da malfunzioni o da tratti di degenerazione d'organo od apparato. Tratta questi disturbi con strumenti medici o chirurgici che mirano al recupero della funzione nel rispetto delle indicazioni delle linee guida internazionali di buona pratica medica. L'obiettivo consiste nella diagnosi e cura della Infertilità/Sterilità del singolo e della coppia mediante utilizzazione delle Tecniche e delle Procedure di Procreazione Assistita.
[127] Il National Institute for Health and Clinical Excellence, è un'organizzazione indipendente responsabile della produzione di linee guida nazionali sulla promozione della salute, la prevenzione e il trattamento delle patologie

di qualcosa che non funziona, che poi quel qualcosa tu non lo trovi è perché la scienza è ancora ignorante, non perché non è una malattia, ok? […] quindi nella specie umana abbiamo sicuramente una bella componente genetica nell'infertilità ma siamo ignoranti, di geni che rendono sterile ne conosciamo 7 o 8 (ginecologo, centro infertilità).

L'uomo, secondo me, mediamente è un po' meno sensibile all'orologio biologico rispetto alla donna anche perché l'uomo non ha l'orologio biologico come la donna, l'uomo può concepire fino a 65 70 anni, non c'è un orologio biologico […] mediamente dopo i 35 anni incomincia ad abbassarsi un po' la fertilità maschile ma se tu hai una donna giovane… È chiaro che la donna sente qualcosa dentro di sé, ha degli impulsi […] sente l'orologio biologico oltre il quale le sue possibilità crollano inesorabilmente mentre invece l'uomo no, continua nel tempo anche se di qualità un po' più bassa (biologo specializzando, centro infertilità).

Come è emerso dalle interviste, alcuni operatori, in base all'idea che l'infertilità abbia cause genetiche e organiche, sono contrari all'idea che la malattia in questione, in particolare nell'uomo, sia in aumento perché legata a condizioni ambientali e allo stile di vita. Altri sostengono che l'infertilità sia sintomo di una malattia che la scienza non ha ancora individuato. Ciò che ancora è ignoto per la medicina potrà essere svelato grazie al progresso scientifico e tecnologico.

Come nel caso della medicalizzazione della nascita, riconoscere l'esperienza di infertilità come uno stato di malattia permette l'intervento medico (Duden, 2000; Ranisio, 2012; Davis Floyd, Davis, 2013). Il maggiore ricorso alle tecniche di PMA si spiega tramite processi di incorporazione del concetto di fecondazione e di nascita, da parte delle donne come risultato della costruzione sociale della riproduzione individuale e dell'idea di salute. Come suggerisce Thompson (2006), nell'ambito della riproduzione è importante considerare la scienza moderna come categoria di analisi. Ciò permette di evidenziare le contraddizioni, le situazioni di blocco nel processo terapeutico generate dall'incontro fra medico e paziente come portatori di rappresentazioni, idee sulla malattia, visioni del mondo che definiscono modelli di relazioni e comportamenti riproduttivi adeguati (Bouznah, Lewertowski, 2013; Coppo, 2010, 2013).

A partire dal Settecento, nel mondo occidentale la scienza si impone come il garante e referente di una verità naturale e universale. Il pensiero razionale, logico e scientifico che definisce la potenza e la verità della scienza si invera nelle tecniche formando un universo condiviso capace di distruggere ogni altra forma di credenza (Coppo, 1994, 2003, 2013; Stengers, 1995; Consigliere, 2014). La modernità si fonda su un'imparzialità della conoscenza, sull'idea dell'oggettività del sapere scientifico e sulla presunzione di superiorità rispetto ad ogni altra forma di cultura. Come suggeriscono Nathan e Latour (cfr. Stangers, 1995) il pensiero occidentale moderno si fonda sulla Grande Partizione fra Natura e Cultura costruita dall'incrocio di tre assi: la scienza moderna, il

colonialismo e il monismo ontologico. Tale epistemologia ha portato a conseguenze etiche. Fondandosi sul monismo ontologico la cultura occidentale, attraverso l'indagine scientifica, si arroga il diritto di essere l'unico mondo in grado di accedere alle leggi di natura. Il risultato di questo processo è la dicotomizzazione dell'esistente: da un lato il mondo occidentale dotato di sapere, dall'altro gli altri gruppi umani avvolti nelle proprie credenze, la normalità dalla malattia e il vero dal falso.

In uno studio condotto sulla questione della depressione nel mondo occidentale, Coppo (2005) afferma che nelle società più medicalizzate il fenomeno appare di proporzioni ampie, tanto da essere percepito come un'epidemia. Nel caso della depressione e di altre "malattie", come la schizofrenia (Devereux, 1973), nasce il sospetto che tale visione sia il risultato dell'applicazione di categorie diagnostiche che dispongono precise forme di intervento. Nell'analisi di Coppo (2005) sul tema della depressione, le logiche mediche si possono considerare veicolo di ideologie naturalistiche in quanto considerano la depressione come una malattia ereditaria o la manifestazione di un difetto organico. In questo senso, suggerisce Pignarre (2010), il Naturalismo è un punto di vista che modella e fabbrica i pazienti: rafforza la convinzione di dover affrontare una condizione sulla quale non hanno potere, la malattia è indipendente dalla loro volontà e dall'ambiente.

Le classificazioni nosografiche rappresentano la base naturalistica nell'ambito della medicina in quanto si fondano su teorie eziologiche indiscutibili (Coppo, 2005; Pignarre, 2010). Le classificazioni assumono la funzione di strumento di conoscenza per medici, politici e aziende farmaceutiche. Le categorie nosologiche hanno il compito di definire la diagnosi e quindi nominare la malattia. Per gli operatori individuare una diagnosi permette di ottenere le informazioni necessarie sull'origine, le terapie efficaci e la prognosi; per i pazienti significa nominare la sofferenza, normalizzare la condizione di angoscia. Se ci focalizziamo sull'infertilità, nonostante la percentuale limitata di casi in cui si identifica una causa principale di infertilità di coppia, secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità l'infertilità è "una malattia del sistema riproduttivo definita dal mancato raggiungimento di una gravidanza clinica dopo 12 mesi o più di rapporti sessuali regolari non protetti". La medicina dell'infertilità e le pratiche annesse si basano sul presupposto che esistano categorie "naturali" e quindi processi di cura universali, ciò comporta l'uniformità alle proprie pratiche anche nel caso di pazienti "non ordinari". L'analisi di Coppo (2005) permette di distinguere due processi di costruzione sociale della malattia: la funzione patoplastica e patogenetica. In questo senso, ogni cultura mette in forma la sofferenza usando precise categorie in quanto contenitori particolari. La cultura crea i sintomi, individua i segni, forma la malattia e crea tecniche di cura con cui trattare i pazienti.
Le procedure e le logiche che costruiscono le tecniche di PMA, allo stesso tempo, producono

l'infertilità come categoria: il soggetto sofferente viene etichettato come infertile, e contemporaneamente conferisce un senso alla propria sofferenza. I soggetti vengono uniformati a un "noi" di cui si sentono parte, parte di una collettività nominabile che condivide malattie, rimedi e riferimenti. I soggetti nell'aderire percepiscono una sensazione di sollievo che implica l'affidamento a tale dispositivo.

Nell'ambito dell'antropologia medica e dell'etnopsichiatria (Devereux, 1973; Nathan, Stengers, 1995; Good, 1994; Pignarre, 2010) la malattia non è un fatto di natura ma è il risultato di un artificio, di un processo sociale, culturale e politico. A partire dall'analisi di Good (1994) è possibile affermare che l'infertilità non è una categoria universale ma varia in base al contesto socio-culturale di riferimento. La sofferenza legata all'esperienza di infertilità rappresenta un fatto universale che nel mondo occidentale assume la forma specifica di una malattia certificata.

Secondo questo approccio, anche il rapporto fra l'infertilità e biologia si può definire sulla base di alcuni concetti: il determinismo assoluto che afferma l'esistenza di una causa biologica necessaria e sufficiente in grado di spiegare l'infertilità; il concetto di predisposizione che propone di individuare, nella ricerca genetica, uno strumento utile alla realizzazione di test predittivi sulla "malattia". Il discorso medico sull'infertilità presenta posizioni opposte: da un lato, l'infertilità è vista come una condizione universale, dall'altro si tratta di una patologia che esiste in relazione al contesto socio-culturale in cui si manifesta. In questo quadro, l'infertilità è ridotta a cause biologiche: endogene di tipo maschile e/o femminile o cause esogene di tipo ambientale. Attraverso l'introduzione delle tecnologie di PMA, che consentono di intervenire con successo in entrambe le situazioni, tale distinzione diventa inutile. Pignarre (2010) suggerisce di prendere in considerare nel rapporto medico-paziente gli effetti del riduzionismo biologico. In tale approccio, le narrazioni e le esperienze del paziente sono ritenute digressioni inutili ai fini diagnostici e terapeutici, le responsabilità ambientali minimizzate.

Occorre considerare l'esistenza di molteplici sistemi culturali che trattano la sofferenza legata all'infertilità, fra cui le biotecnologie sono dominanti in Occidente. Pertanto, è necessario approfondire le dinamiche che legano il dolore alle specifiche culture (Devereux, 1973; Nathan, Stengers, 1995; Bouznah, Lewertowski, 2013; Coppo, 2010, 2013). Nell'ambito dell'infertilità, nonostante le cause della malattia siano spesso ignote, la medicina riproduttiva si rappresenta come unica e sicura forma di cura. Dalle testimonianze raccolte fra le donne, le esperienze di infertilità sono il risultato di storie specifiche e la forma della malattia cambia in relazione alla tipologia di cura e al terapeuta. Il ricorso all'intervento biomedico rappresenta uno strumento utile per dare senso ad una

esperienza di infertilità che riguarda molti ma assume nomi, forme e dimensioni diverse in relazione a luoghi e tempi precisi.

5.2.1 L'incremento delle tecniche di procreazione assistita

Secondo diversi studi antropologici e sociologici (Franklin, Inhorn, 2016; Inhorn, Birenbaum-Carmeli, 2008, 2017; Inhorn, Patrizi, 2015), a partire dagli anni Novanta, nel mondo occidentale si assiste allo sviluppo preponderante delle tecnologie riproduttive con ripercussioni rilevanti sul contesto socio-culturale. Nell'ambito della procreazione assistita, si nota un processo di legalizzazione e legittimazione delle tecniche che comporta una riduzione dello stigma verso tali pratiche. Da più parti si osserva la tendenza ad approvare l'uso della PMA, allo stesso tempo, non si affermano nuovi concetti di maternità e nuove forme di famiglia. In questo quadro, l'incremento delle tecniche è dovuto ad una maggior approvazione sociale nel ricorso ad una pratica tecnologica a fini riproduttivi (Franklin, 1995, 2013; Lock, 1998; Thompson, 2015, 2016, 2017). Infatti, le testimonianze degli operatori mostrano come, attualmente, il ricorso alle biotecnologie sia considerato un percorso possibile e necessario per curarsi al pari di altre malattie. In questo senso, nel discorso pubblico e nelle pratiche delle donne, le tecnologie riproduttive rappresentano un modo accettabile e adeguato ad avere un figlio e diventare genitore.

Secondo gli operatori l'attuale incremento nell'applicazione delle tecniche non corrisponde ad un aumento nell'incidenza della sterilità nella popolazione. Benché non ci siano dati epidemiologici attendibili, risulta sicuramente in aumento il numero di coppie trattate. Secondo il discorso dominante (cfr. Flamigni, 1998) tale dinamica può essere compresa in relazione a tre fattori principali: una maggiore fiducia accordata alle tecniche per via della percezione dell'efficacia biologica; l'aumento delle malattie sessualmente trasmissibili[128]; la posticipazione della ricerca di un figlio individuata come causa della riduzione delle probabilità di concepire e dell'aumento dell'abortività spontanea. Come sostiene Duden (2000) riguardo alla medicalizzazione della gravidanza, allo stesso modo, nell'ambito delle tecnologie riproduttive, l'aumento del ricorso da parte delle donne può essere interpretato come un cambiamento di mentalità:

> *La mentalità nei confronti della PMA è cambiata in generale quindi non deve essere considerata l'ultima spiaggia ma è una modalità per cercare di ottenere un obiettivo e molte coppie arrivano a farlo (ginecologa, centro infertilità).*

[128] Secondo Flamigni (1998) si tratta in particolare di malattie infiammatorie pelviche che provocano una riduzione della fertilità e maggiori probabilità di aborto.

Nella seconda metà del XX secolo, "la medicalizzazione, intesa come tecnologia e controllo clinici del parto" ha eliminato radicalmente "la natura storica della nascita dalla memoria collettiva" (Duden, 2000: 121). Tale trasformazione può essere spiegata soltanto attraverso la comparsa di un nuovo mito e come conseguenza del potere simbolico della tecnica. Le procedure mediche rappresentano un "rituale mitopoietico", una "liturgia tecnologica contemporanea" (Duden, 2000: 123-125) che funziona modificando la coscienza delle donne, la concezione del parto e la creazione di nuove pratiche. Attualmente il concepimento, la gravidanza e la nascita sono considerati eventi fisiologici, rappresentano una situazione di grave rischio che richiede interventi di prevenzione nell'ambito delle procedure mediche. Inoltre, la donna è considerata responsabile della gestione del rischio legato al parto pertanto sottoporsi a tali procedure assume la forma di un obbligo. Ogni procedura biomedica è vista dalle donne come un "argine al mito del pericolo", esprime una "valutazione medica sulla probabilità del pericolo in lei innato, dalle cui conseguenze deve essere liberata" (Duden, 2000: 135). Il concepimento, la gravidanza e il parto sono diventati momenti di crisi e il ricorso ai servizi sanitari una necessità che trasmette sicurezza. I laboratori, gli ambulatori si configurano per le donne come uno spazio di trasformazione del corpo e del significato di sé tra "desoggettivazione e delirio" (Tiqqun, 2001: 4).

5.2.1.1 La crescente specializzazione della biomedicina

Uno fra gli aspetti del ricorso alle tecnologie riproduttive riguarda la rapidità dei progressi scientifici determinata da una crescente specializzazione della biomedicina (Bouznah, Lewertowski, 2013). L'aspetto commerciale sembra motivare un continuo incremento nell'uso delle tecnologie riproduttive (Franklin, 2013; Inhorn, Patrizi, 2015). In Italia, in ambito pubblico, esistono limiti all'accesso imposti per legge riguardo all'età femminile (43 anni). Nel caso in cui, la donna rientri nei criteri previsti per legge, il medico può decidere di rifiutare le terapie in relazione alla salute della paziente. Infatti, per avviare la fecondazione il medico deve riscontrare condizioni cliniche sufficienti. Qui si riscontra una differenza fra ambito privato e ambito pubblico. Nel settore pubblico, nel caso in cui il medico acconsente al trattamento in assenza di una diagnosi e di una buona prognosi, si verifica uno spreco inutile di risorse e aumenta il rischio per la salute dell'utente. Nei centri privati prevale l'aspetto meramente economico come evidenziato dall'intervista seguente:

> *Io questo mese ho avuto una gravidanza con una coppia che ha fatto 4 fecondazioni, in tutto sei transfert di embrioni […] Bene io ho visitato il marito gli ho dato la terapia e la signora è rimasta incinta per conto suo, ok! […] bene c'è gente che ti dice va bene la fecondazione, la facciamo subito perché qual è l'aspetto commerciale? Che una fecondazione a un centro lombardo gli rende 4800 euro (ginecologo, centro infertilità).*

Diversi studi antropologici (Inhorn, Franklin, 2016; Rapp, 1998, 2001; Parisi, 2017) sostengono che le tecnologie riproduttive sono dispositivi socio-culturali modellati costantemente da fattori umani, da forze sociali e rapporti di potere. In questo quadro, le caratteristiche stesse delle tecnologie riproduttive e il contesto economico, politico, culturale e morale in cui si sviluppano rappresentano aspetti che danno una forma precisa alle tecnologie riproduttive. Nell'ambito dell'infertilità il ruolo dell'industria farmaceutica è preponderante. Si tratta infatti di un mercato che si costruisce, si estende e si modifica nel tempo in cui il consumo delle tecnologie riproduttive è guidato dal mito del progresso. Secondo Inhorn e Carmeli (2008) l'industria della PMA è un mondo complesso che comprende diverse figure quali industrie farmaceutiche, biologi, medici, banche di sperma e ovociti. In questa prospettiva, la società e le tecnologie sono viste in una relazione reciproca e costitutiva, l'una è allo stesso tempo origine ed effetto dell'altra (Ong, Collier, 2005). Per alcuni politici è compito del legislatore contrastare la diffusione della "provetta selvaggia"[129] al fine di tutelare i diritti delle donne e delle coppie infertili e per disporre di interventi mirati alla prevenzione del fenomeno dell'infertilità. Un'adeguata normativa impedirebbe di privilegiare le tecniche invece di curare l'infertilità.

Durante la ricerca sul campo ho notato numerosi casi di sperimentazione di farmaci o di nuove tecniche di cura dell'infertilità. In questi casi, gli operatori propongono a determinati pazienti l'utilizzo di un farmaco e seguono il decorso raccogliendo i dati clinici. Infatti, dopo l'autorizzazione alla vendita, il farmaco viene proposto ai medici per realizzare alcuni studi clinici. In questi casi, il medico recluta i pazienti in base ad alcune caratteristiche specifiche e propone loro di partecipare allo studio clinico attraverso la firma del consenso informato (Pignarre, 2010). Ogni settimana venivano ricevuti in reparto almeno due rappresentanti di aziende farmaceutiche. L'atteggiamento fra loro era fortemente competitivo[130] e l'incremento della loro presenza era ben visibile negli ambulatori sottoforma di gadget offerti ai medici, libri divulgativi, poster e opuscoli informativi.

Dal periodo sul campo svolto presso il reparto di Fisiologia della riproduzione dell'Ospedale Sant'Anna di Genova, è emerso un rapporto asimmetrico fra paziente e medico: il paziente è colui che "subisce l'intervento medico e la terapia" (Bouznah, Lewertowki, 2013: 117). Tali posizioni profondamenti disuguali sono determinate da diversi fattori: la crescente specializzazione della biomedicina, la frammentazione delle prese in carico, lo sviluppo continuo delle scoperte scientifiche, il perfezionamento degli strumenti tecnologici. Tutto ciò impedisce un approccio globale alla persona

[129] Espressione usata da Giovanna Melandri, ex deputata PD, in occasione di un convegno sulla PMA (Quaderni di Scienza e Vita, n. 4, 2008, pag. 10)

[130] Durante il lavoro sul campo, ho assistito ad un diverbio fra rappresentanti per ottenere un colloquio con la dottoressa responsabile del centro. Di norma i rappresentanti veniavano ricevuti solo su appuntamento, per un massimo di due alla settimana.

e aumenta la "distanza fra il mondo degli esperti e la realtà quotidiana di coloro che fanno ricorso ai loro servizi" (Bouznah, Lewertowski, 2013:117). Comportamenti ambivalenti dei pazienti (interruzione del trattamento, scarsa partecipazione, rifiuto indiretto) e situazioni di blocco nel processo terapeutico possono quindi essere interpretati in relazione all'accessibilità e intelligibilità del sistema medico. Le tensioni fra differenti sistemi di interpretazione della malattia, del mondo e delle relazioni appartenenti al medico e al paziente possono creare incomprensioni che impediscono la presa in carico. Si tratta di persone portatrici di modelli di vita e visioni del mondo lontane dal pensiero occidentale, migranti o "autoctoni" (Bouznah, Lewertowski, 2013; Coppo, 2010).

5.2.2 Sessualità senza riproduzione e riproduzione senza sessualità

Nell'intervista sotto riportata è emerso un ulteriore aspetto della deresponsabilizzazione delle donne legato ai processi di medicalizzazione della gravidanza: la scelta sui tempi e modi dell'attività sessuale è delegata al medico. Le donne che si affidano unicamente al parere dello specialista, interrompono o limitano i rapporti sessuali lamentando in molti casi, problemi di vaginismo:

> *Siccome c'è un investimento altissimo sul bambino che arriva, ho la sensazione che la sessualità diventa una cosa di secondo ordine in gravidanza e dopo il parto intanto perché c'è da preservare questo bambino. E poi solo su indicazione medica… per cui se all'inizio avevo un po' di dolori e mi hanno detto di non avere rapporti, continuo a non averne finché non me lo dice il dottore… con le colleghe dico: il dottore può visitarmi tutti i mesi con la sonda vaginale entra in vagina va a curiosare il bambino da vicino cosa fa cosa non fa la placenta, i flussi. […] Mio marito no perché finché non me lo dice il dottore, finché non mi dà il permesso. […] È tutta una deresponsabilizzazione. No, perché io faccio tutto quello che mi dicono gli altri coloro che hanno il sapere e quindi poi come dire se qualcosa non va non è colpa mia, in qualche modo mi manleva che non è poco… (ostetrica, ambulatorio 37ma settimana).*

Tali problematiche nell'ambito della sessualità di coppia vengono ridotte dagli operatori a cause organiche senza riconoscere il ruolo della pressione sociale, dello status socio-economico e delle storie individuali sui comportamenti riproduttivi femminili (Banditer, 1981). In questo modo, secondo l'ostetrica, si riproduce la separazione fra sessualità e riproduzione nella vita delle donne. Infatti, si nota una trasformazione nel valore attributo al figlio e alla tutela della salute del feto da parte delle donne, condizionato dal contesto socio-culturale che predilige una modello di maternità caratterizzato da un maggiore investimento in termini esclusivamente economici e di cure mediche (Saraceno, Naldini, 2013; Inhorn, 2017; Inhorn, Birenbaum-Carmeli, 2008).

Nel corso del primo colloquio orientativo con la coppia infertile che accede al centro di procreazione assistita dell'Ospedale Sant'Anna di Genova, il medico invita i pazienti a considerare la PMA come uno strumento che consente di avere maggiori probabilità di ottenere un concepimento. In questo

senso, le tecniche sono presentate ai pazienti del centro come uno strumento in grado di aiutare, di "dare una mano" al processo riproduttivo fisiologico che deve essere corretto in alcune parti (Franklin, 2006, 2013; Lock, 1998). Al termine del colloquio solitamente il medico si rivolgeva alla coppia dicendo "mi raccomando continuate a provare, ricordatevi che potete riuscirci anche da soli![131]". All'interno del discorso medico sulla PMA, l'esortazione dell'operatore ha l'obiettivo di diffondere una percezione delle tecnologie riproduttive come forma di intervento medico che aiuta a correggere gli errori della natura senza sostituirsi al processo biologico.

Durante i colloqui orientativi con le coppie sono emerse problematiche di vario tipo riguardo alla vita sessuale di coppia, in relazione al percorso (Alvarez Plaza, 2015). In particolare, rispetto alla frequenza dei rapporti molte coppie dichiarano che i ritmi lavorativi, lo stress non permettono di dedicare molto tempo al sesso. In altri casi, sono emerse ragioni individuali legate ad aspetti psicologici che interessano la sessualità: le donne dichiarano di provare dolore durante i rapporti mentre gli uomini tendono a nascondere eventuali difficoltà nel rapporto. Secondo gli operatori ciò dipende da una diversa fisiologia e anatomia fra i sessi che rende le donne predisposte ad una maggiore vulnerabilità:

> *Secondo me a volte l'uomo è mediamente un po' più pratico, più visivo in confronto alla donna, nella sua sessualità la donna è più sensibile, ha l'immaginario erotico, più di emozioni, più emotivo mentre l'uomo è più carnale più fisico e questo forse rende la donna più sensibile a determinate problematiche. È più facile che magari… non facile… può essere che sia delicata dal punto di vista sessuale quindi anche se ha un dolore si inibisca davanti a questo dolore perché ha fastidio. L'uomo ha meno problemi perché il suo organo genitale è esterno, è più semplice dal punto di vista anatomico, è più complicato dal punto di vista psicologico… dietro all'erezione...(biologo specializzando, centro infertilità).*

Durante il lavoro sul campo, grazie ad un ulteriore colloquio del medico con la coppia infertile, sono emerse problematiche relative alla vita sessuale che incidono sulla fertilità: in alcuni casi molti dichiarano di non raggiungere una frequenza minima di rapporti compatibili con il concepimento che si ritiene pari a 3 settimanali o il partner maschile presenta problemi nell'atto sessuale. Le logiche degli operatori si fondano su una visione organica dell'infertilità che conduce ad un rafforzamento della separazione fra sessualità e riproduzione. In questo senso, l'etnografia condotta conferma la tendenza riscontrata dagli esperti "oggi, invece di studiare la sterilità, e di cercare di curarla, la medicina sembra avere privilegiato la soluzione tecnica, cioè la fecondazione artificiale, nonostante il suo basso tasso di riuscita" (Scaraffia, 2008, pag. 5):

[131] Nota di campo raccolta nel reparto FRU dell'Ospedale Sant'Anna di Genova durante il colloquio orientativo con una coppia.

A volte ci sono casi particolari dove per esempio pazienti che non riescono vanno a fare la PMA poi scopri dopo che lui quando penetra lei, lui non viene in vagina perché non riesce e perché? Così fai tutto un percorso e vai a capire che lui ha un'inibizione di questa eiaculazione, lui ha un'anorgasmia portata dal fatto che lui non vuole il figlio in realtà o non vuole lei o non vuole avere il figlio con lei. Quindi è giusto secondo me saper fare un'anamnesi, saper leggere, saper capire nelle persone, fare domande che ti permettano di capire se veramente è un problema organico o c'è qualcos'altro, nel rispetto di quelli che sono i soldi pubblici impiegati per persone che sono oggettivamente infertili. È vero però che può essere visto come una sorta di infertilità perché se tu non riesci ad eiaculare per problemi e deve essere aiutato… concettualmente è un'infertilità, tu non riesci perché c'è dietro altro. Adesso la psicologia è importantissima, prima meno, dal punto di vista organico non c'è niente da vedere conviene far fare a queste persone un servizio di consulenza psicologica per evitare una PMA quando magari c'è altro dietro o avere la certezza che sia un problema psico-sessuologico sul quale lavorare e magari mettono a posto e concepiscono naturalmente o magari si rendono conte che non sono fatti per stare insieme la coppia si scioglie (biologo specializzando, centro infertilità).

Fra gli effetti delle tecnologie riproduttive emerge in letteratura la questione della scomposizione del processo riproduttivo mediante il controllo sui corpi e sulla sessualità (Alvarez Plaza, 2015). Fino agli anni Settanta, le scienze sociali non considerano la sessualità un ambito di ricerca legittimo poiché si tratta di un fatto di natura legato all'atto riproduttivo come evento fisiologico dal valore universale. In antropologia, l'opera pioneristica di Malinowski (1929) propone di analizzare la connessione profonda fra sessualità e altri aspetti della vita sociale come la famiglia, il matrimonio e i riti di iniziazione.

A partire dall'analisi di Foucault (1976) la sessualità viene considerata un prodotto storico, un concetto sviluppato nella modernità la cui genesi può essere individuata nelle istituzioni religiose, nel discorso medico e psichiatrico, nelle strutture familiari. Nel corso dell'Ottocento, in relazione alla necessità di limitare le nascite, si impone un certo tipo di discorso normativo sul sesso, a partire da determinati rapporti di forza e forme di potere. In base ad un modello evoluzionista applicato alla società, la capacità di dominare gli impulsi sessuali definisce la civiltà di un popolo (Remotti, 1997). Nel paradigma dell'evoluzionismo sociale sviluppato nel XIX secolo (Harris, 1981, 1990) il progresso scientifico consente e definisce una maggior capacità di controllo dell'uomo sulla natura. In questo quadro, la medicina moderna funziona attraverso strumenti tecnici che agiscono in due direzioni: da un lato si occupano di prevenzione enfatizzando la responsabilità del soggetto nell'adozione di un nuovo stile di vita che si conforma al modello di salute dominante, dall'altro, impongono nuovi metodi di cura mediante diagnosi e terapie invasive. Diversi studi propongono di interpretare la sessualità in relazione ai processi di costruzione di genere (Ortner, Whitehead, 1981; Collier, Yanagisako, 1987), alle nozioni di persona e identità sessuale con lo scopo di collocare la sessualità nell'ambito della politica. Il discorso sulla sessualità in Occidente si collega all'idea di una

certa morale sessuale e una precisa idea di razza che tracciano i confini degli stati nazione (Rapp, 1998, 2001, 2013; Krause, 2001).

La fecondazione assistita separa sessualità e riproduzione mettendo in discussione il modello dominante di procreazione. In realtà secondo le ricerche condotte da Esteban (2008) le tecnologie riproduttive si possono distinguere in vecchie e nuove: l'obiettivo dei metodi anticoncezionali risiede nel fatto di evitare la riproduzione consentendo la pratica sessuale. Le nuove tecnologie riproduttive promuovono la fertilità attraverso una riproduzione senza sessualità, nel tentativo di superare problemi di infertilità o di fecondazione. Si tratta di due aspetti della stessa dinamica che prevede il controllo e la gestione della procreazione mediante l'applicazione del sapere biotecnologico come protagonista del sistema medico scientifico. In questo modo, il sesso sarà solo un'attività di puro piacere, in quanto la PMA assicura alte percentuali di successo dopo i 40 anni e la promessa di avere un figlio sano (Di Nicola, 2019; Mattalucci, 2017).

5.2.2.1 Scambi affettivi e affari economici

Nel discorso medico la sterilità di coppia è vista in prospettiva clinica: è necessario partire dal sintomo per individuare la malattia che è ancora sconosciuta. L'attività sessuale è definita dalle Linee Guida NICE un elemento rilevante che influisce sulla fertilità, occorre fare attenzione alla frequenza dei rapporti e timing rispetto al ciclo. Per questo motivo, si consiglia si avere rapporti durante la finestra fertile[132] mentre altri sostengono che sia necessario avere rapporti a giorni alterni per aumentare le probabilità di successo. Si consiglia di rivolgersi al medico dopo un anno di tentativi senza successo, mentre nel caso in cui la donna abbia più di 36 anni è consigliabile dopo sei mesi. Durante il primo colloquio le questioni relative alla vita sessuale della coppia non vengono approfondite in modo adeguato, il medico pone una serie di domande che riguardano precisi aspetti della sessualità: la frequenza dei rapporti, il tipo di contraccettivo, la presenza eventuale di dolore da parte della donna durante i rapporti e/o problemi di eiaculazione.

A prescindere dalla diagnosi, gli operatori hanno notato la presenza di difficoltà, spesso non esplicitate, nell'ambito della sessualità di coppia. Dal lavoro sul campo e dalle interviste condotte, risulta che la quasi totalità delle coppie dichiara di avere tre rapporti a settimana, come consigliato per la ricerca di una gravidanza. Alcune dichiarano una frequenza settimanale inferiore a due, alcune coppie riferiscono di avere un paio di rapporti mensili a causa di problemi familiari, condizioni lavorative, stress. In generale, un operatore sottolinea che si tratta di una questione più ampia e

[132] NICE definisce finestra fertile il periodo compreso fra 5 giorni che precedono l'ovulazione e il giorno dell'ovulazione.

complessa: per comprendere l'aumento d'astinenza dai rapporti, occorre considerare l'interpretazione dominante sul sesso che riduce la sessualità ad un atto fisico, separato dall'affetto, privo di emotività:

> *Perché questa società è una società molto malata dove il sesso è mercificato e c'è una disregolazione di questo sesso, abbiamo input ovunque e dati mali perché sono input sessuali di tipo crudo poco di affetto, poco di una sessualità che comprenda l'affetto, il legame, la sessualità organica. Noi vediamo il sesso come rapporto sessuale come qualcosa di crudo, molto scarno di emotività, dentro al sesso c'è molto di più. […] è la nostra personalità, le nostre emozioni, la nostra affettività, il nostro legame, la nostra intimità, tutto fa parte del sesso e tutto influenza il sesso (Biologo, centro infertilità).*

La diagnosi di infertilità incide profondamente sulla vita sessuale della coppia perché definisce una condizione patologica. La presenza di una patologia individuale, una disfunzione organica che si ripercuote sulla coppia. Dal momento che l'atto sessuale non è finalizzato alla riproduzione come dovrebbe essere "normalmente", si riscontra una minore motivazione che produce tensioni nella coppia. La sessualità è una condizione biologica, un'attività legata ad una "pulsione naturale", un fatto di natura legato al modello di riproduzione dominante fondato sulla coppia eterosessuale e monogamica. Infatti, secondo gli operatori, la finalità riproduttiva dell'atto sessuale rappresenta un elemento centrale acquisito in modo inconsapevole che si traduce nella pulsione sessuale. La credenza nella diagnosi di infertilità condiziona la vita sessuale. Infatti, nelle coppie infertiliti il controllo esercitato sulla vita sessuale produce una programmazione eccessiva che va a discapito del desiderio "naturale":

> *Nel nostro caso, quello che poi viene a mancare nell'infertilità questi pazienti è la pulsionalità naturale, è un po' questa pulsionalità naturale che diventa forzata ragionata, […] nell'infertilità dove c'è questa programmazione del concepimento questa incapacità di concepire perché sono coppie infertili questo va a sconvolgere parametri che poi vanno a costituire il sesso, la pulsione anche la possibilità di concepire che è una delle cose fondamentali che spinge la coppia a farlo e attiva l'attrazione sessuale (biologo specializzando, centro infertilità).*

Date le domande poste dagli operatori ai pazienti, limitate ad un ambito specifico delle loro esistenze, il ginecologo viene a conoscenza solo di aspetti superficiali della vita sessuale: problemi anatomici, patologie infiammatorie e la trasmissione di infezioni. Altre questioni che interessano la sessualità di coppia e la possibilità di avere figli riguardano aspetti psicologici e scelte morali che vengono tralasciate (cfr. Flamigni, 1998). Oltre ad una scarsa educazione sessuale, occorre considerare alcuni aspetti rilevanti: in molti casi la sessualità è ridotta ad un "gioco banale e destrutturante" (Flamigni, 1998, pag. 189) dovuto al fatto che le esperienze sessuali sono disgiunte dall'affetto e dal rispetto (cfr. Devereux, 1965), inoltre l'esercizio della libertà sessuale deve comprendere necessariamente valutazioni morali e aspetti sociali. Le dimensioni socio-culturali e politiche collegate alla sessualità sono tralasciate dal discorso medico per un'impostazione scientifica che rivela una visione

essenzialistica del genere, dell'appartenenza culturale e religiosa, della classe sociale e della "razza" (Ehrenreich, Hochschild, 1994; Mahler, Pessar, 2006; Baldassar, Merla, 2013).

Nonostante il numero di esami a cui è sottoposta la coppia (esami ormonali, ecografie, test genetici), spesso il medico formula una diagnosi senza poter nominare una causa organica. I casi di infertilità inspiegata e mista sono indice che la riduzione della malattia alla sua causa organica non rende conto in modo adeguato dell'infertilità. Il ruolo della sessualità nell'infertilità di coppia viene misconosciuto scientificamente in relazione al rifiuto culturale non solo di ammettere la presenza di un fattore maschile che causa l'infertilità di coppia, ma soprattutto nel riconoscimento di fattori politici, sociali che incidono sul comportamento sessuale. Attualmente, il discorso medico sull'infertilità permette di occultare il fatto che la sessualità si configura come problema sociale (Devereux, 1965).

Nell'ipotesi formulata da Devereux (1965) i modelli schizofrenici sono caratteristici della società moderna in cui viviamo. Nel nostro mondo i rapporti umani si basano sul distacco, riservatezza e ipo-reattività, mentre nella vita sessuale si nota un'assenza di affettività. Il modello di relazioni ideale condiviso prevede rapporti tra persone nei quali attaccamenti e emotività sono ridotti al minimo, ad un comportamento gelido e impassibile basato sul disprezzo profondo di chi ancora manifesta affettività verso gli altri. La costruzione dell'individuo occidentale enfatizza l'autodisciplina e la soppressione delle passioni più intime ma la presunta riservatezza, la sovrana indifferenza nasconde una profonda insicurezza e disprezzo di sé. Nei soggetti inibiti o iporeattivi che esprimono, allo stesso modo, carenza affettiva e il rifiuto di un impegno emotivo, la PMA rappresenta il mezzo per esprimere la loro impassibilità poiché giustificati dalla diagnosi medica.

Riguardo alla vita sessuale, Devereux sostiene che l'assenza di affettività riguarda le società moderna ma anche coloro che ad essa si oppongono criticamente. Si possono distinguere due gruppi: i puritani e i disinibiti. I primi ostentano un'adesione al puritanesimo solo in apparenza ma nella quotidianità si comportano come i membri dei gruppi che si vogliono "liberi". Allo stesso modo, nel caso dei gruppi disinibiti l'attività sessuale è disordinata e non implica un legame affettivo. Per i membri di entrambi i gruppi descritti da Devereux, la sessualità è l'espressione dell'assenza di affetto e si manifesta solamente in un rapporto fisico.

Relazioni segmentate e impersonali hanno un ruolo sociale preponderante. La nostra società sostiene lo sviluppo di affari economici ma circoscrive l'ambito degli scambi affettivi ostacolando lo sviluppo umano. È necessario evitare i rischi di un coinvolgimento in ogni tipo di relazione. Il modello relazionale diffuso prevede rapporti con obiettivi precisi e assoggettati ai criteri di efficacia che si esprimono nella sottrazione da ogni tipo di coinvolgimento.

5.2.3 Una spasmodica ricerca della gravidanza

La testimonianza di un operatore conferma una delle linee interpretative che associa la condizione di infertilità di coppia a trasformazioni sociali, in particolare come condizione legata alla decisione di posticipare la maternità. Il ruolo esercitato dall'inquinamento ambientale sull'infertilità maschile risulta ininfluente:

> *Io sono in controtendenza tutti dicono che c'è un aumento dell'infertilità. […]. Quello che è cambiato è che la gente faceva i figli a 18-20 anni e in quella fascia d'età la quota di gente che non riesce a fare figli è il 5%, a 30 anni il 20%, a 40 anni è il 40%. Allora se te cominci a cercare il figlio a 35 anni cominci a fare qualche accertamento un anno dopo e ti metti in cura arrivi qua che hai 37 anni e a 37 anni la capacità di una donna spontaneamente di fare un figlio non supera il 60-70%, per cui la quota adesso è alta ma è un differente accesso al problema non è che… è che se la gente facesse i figli a 20 anni la quota di infertilità sarebbe più bassa (ginecologo, centro infertilità).*

Secondo il parere di un operatore, l'aumento delle coppie trattate è una risposta ad un condizionamento sociale che porta a posticipare la maternità all'interno di un discorso fondato sull'esaltazione della libertà di scelta e dell'individualismo: le tecniche di PMA non servono per soddisfare semplicemente il desiderio di un figlio ma rappresentano un modo per avere un figlio quando e come si vuole (Saraceno, Naldini, 2013; Di Nicola, 2019). La testimonianza raccolta permette di chiarire la questione dell'aumento del ricorso alle tecnologie riproduttive da una prospettiva più ampia. In particolare, l'accesso di nuovi gruppi di donne in età avanzata rappresenta l'espressione del discorso dominate legato alle trasformazioni sociali (invecchiamento popolazione, assenza di politiche adeguate sulle famiglie) che enfatizza l'efficacia delle tecniche tralasciando le condizioni strutturali che impediscono alle donne di fare figli in età fertile. L'obiettivo delle tecnologie riproduttive, per gli operatori, consiste nel risolvere problemi di infertilità legati ad un fattore organico noto aumentando così le possibilità di concepimento "spontaneo", "naturale". In questo senso, le tecniche non si sostituiscono al processo biologico ma consentono maggiori probabilità di concepire. Nel caso in cui la donna scelga di posticipare la riproduzione, ciò comporta la riduzione della riserva ovarica che determina una condizione di infertilità fisiologica o da invecchiamento. In questo quadro, le tecniche di PMA perdono la presupposta funzione terapeutica: l'intervento medico si sostituisce in modo totale al processo biologico perché la donna si trova in una situazione di menopausa. In relazione all'incremento dell'accesso alle tecniche fra le donne in età avanzata, gli operatori evidenziano la funzione contraddittoria assunta dalla PMA: "noi vogliamo

coppie giovani e malate ma vengono vecchi e sani[133]". In questo senso, si ricorre alla PMA per questioni fisiologiche legate all'età femminile tardiva non per problematiche organiche che determinano l'infertilità della coppia:

> *penso che bisognerebbe valutare questo condizionamento sociale che ti dice "puoi fare quello che vuoi intanto poi c'è la fecondazione assistita"… è un condizionamento sbagliato perché di fatto non è così. La fecondazione assistita è uno strumento che aumenta le probabilità di concepimento ma che non risolve tutti i problemi e che non ha nessuna valenza nella infertilità da invecchiamento se non trasformandosi in una tecnica che ha poco a che fare con la medicina che è l'utilizzo di donatori per supplire ad un invecchiamento fisiologico. Quindi secondo me andrebbe proprio ribaltata, nella mia vita quotidiana non faccio altro che cercare di ribaltare questa…è ovvio che poi ci sono i casi, c'è quella che non può, che non ha comunque questa idea in testa […] perché un tempo ti sposavi e facevi i figli e quello era un condizionamento, se vuoi adesso il condizionamento è fai tutto quello che vuoi e dopo fai i figli! (ginecologa, centro infertilità).*

La PMA permette la diffusione l'idea che si possono fare figli quando si vuole, senza avere un partner o fare sesso, producendo uno scenario basato sul trionfo della libertà e dell'individualismo, in relazione all'efficacia biomedica. Come emerge dalle parole delle donne incontrare durante la ricerca sul campo, il fatto di essere madre ad un'età avanzata comporta inoltre altri aspetti sociali, per esempio il rischio di dover accudire il bambino e i propri genitori ormai anziani, oppure non avere più le energie fisiche necessarie all'accudimento di un bambino piccolo. L'enfasi posta sulla potenza delle tecniche occulta e mistifica le condizioni strutturali che impediscono o rendono difficile avere un figlio nel momento in cui si è più fertili (Rapp, 1998; Rapp e Ginsburg, 1991).

Dalla ricerca sul campo sono emersi incomprensioni e situazioni di blocco causate non solo da una scarsa informazione che ostacola il processo terapeutico ma in base all'idea che sia possibile scegliere il momento e il modo giusto per avere un figlio. Come sottolinea l'indagine condotta in Italia da Di Nicola (2019), l'enfasi posta nel discorso dominante sulle potenzialità delle tecniche crea e rafforza il desiderio di genitorialità. Tale desiderio si traduce in una spasmodica ricerca, un bisogno indotto, un'ossessione che contrassegna un periodo di agonia senza fine per la donna. La combinazione fra la percezione dell'efficacia delle tecniche e il desiderio comporta situazioni di dipendenza dalle tecnologie riproduttive, legate alla difficoltà nell'accettare i propri limiti. In questo senso, il fallimento è assunto come una responsabilità della donna che si aggiunge al mancato concepimento spontaneo e provoca un aumento della frustrazione e del senso di colpa:

[133] Nota del diario di campo che riporta una conversazione con una specializzanda all'interno del reparto di PMA dell'ospedale S. Martino.

Ti ritrovi ad avere dei pazienti che a volte non vanno avanti si bloccano, a volte si ancorano a delle convinzioni… a questa convinzione di doverci riuscire assolutamente e questo poi diventa molto pericoloso per la coppia stessa e pericolosa anche secondo me per la loro salute mentale, psicologica anche per la salute nel vero senso della parola perché quando ti incisti in questa volontà, necessità di voler ottenere quel bambino a tutti i costi che io lo trovo in tutti… bisogna immedesimarsi, forse anche io nella loro situazione sarei uno di quei pazienti, però d'altro canto ci deve essere dall'altra parte chi mi dice prova a considerare se fermarti un attimo o altre strade perché noi abbiamo fatto tutto quello che potevamo fare, gli altri vi possono dare queste possibilità o non ve ne possono dare altre, è consigliabile vedere altri aspetti della vita di coppia oltre che questo bisogno di un bambino, secondo me c'è da chiedersi perché questo figlio se infondo si sta bene? (biologo specializzando, centro infertilità).

Il desiderio si trasforma in ossessione e condiziona la salute individuale. L'impossibilità di procreare non viene accettata come limite perché esiste l'idea che tutto sia possibile in base alla volontà e alla determinazione. Inoltre, il desiderio di riprodursi è considerato legittimo e naturale, all'interno di una coppia eterosessuale, convivente o sposata, di cittadini regolari (Roberts, 2016):

L'eterologa è una pratica molto utile nei casi di infertilità da fattore noto, per esempio per chi ha fatto la chemioterapia, menopausa precoce, nei maschi azoospermici, invece così come è intesa attualmente l'eterologa è un surrogato della maternità in età avanzata cioè che una quarantaduenne o quarantatreenne che non riesce più a riconcepire perché fa pochi ovociti poi debba automaticamente fare l'eterologa, non è che sia un dato così scontato anche perché se continuiamo di questo passo la necessità di ovociti diventa tale che il numero di ragazze che devono sottoporsi alla stimolazione per dare gli ovociti alle loro mamme-nonne diventa un problema sociale di grande portata. Per cui io il passaggio automatico "non riesco a concepire con l'omologa faccio l'eterologa" per infertilità da esaurimento fisiologico per età non lo vedo così scontato però purtroppo è così. Io alle persone che hanno un esaurimento da età dico guardate che però non è automatico… se hai 25 anni e sei in menopausa precoce perché hai fatto la chemioterapia o hai un fattore genetico è un conto, se tu ce ne hai 45 e hai fatto 5 cicli di omologa perché non produci ovociti perché hai 45 anni, fatti delle domande…(ginecologa, centro infertilità).

E anche perché io capisco fa parte della nostra natura il fatto di riprodursi siamo programmati per quello fondamentalmente ma quando la vita ti porta a scontrarti inevitabilmente con una quasi assoluta – l'impossibilità assoluta non esiste- e non ti basta quello per dire vabbè andiamo avanti stiamo bene io e te, siamo felici insieme, a quel punto mi farei delle domande. Penso che sia giusto farsi delle domande per sé stessi e per la propria relazione, magari ci sono anche altre cose che si possono mettere, si può lavorare, essere felici (biologo specializzando, centro infertilità).

5.2.4 La diagnosi di infertilità maschile

Durante il lavoro sul campo e dall'analisi dei diari clinici delle coppie infertili è emerso il modo in cui la diagnosi di infertilità di coppia si definisce a partire da cause biologiche collegate all'età femminile: la riserva ovarica e i livelli ormonali, le condizioni delle ovaie e dell'utero. Nel discorso

medico, le cause dell'infertilità sono da ricercarsi nel corpo della donna e riguardano alterazioni nell'apparato riproduttivo, malformazioni congenite, infezioni, disfunzioni ormonali.

In merito a questo aspetto è interessante notare che, sulla pagina web del Centro Humanitas, uno dei centri di infertilità più importanti a livello nazionale, si legge: "dato che la possibilità riproduttiva della donna è legata in modo diretto alla sua età, è importante sottolineare quanto possa essere penalizzante rimandare il momento della maternità[134]". Le linee guida NICE avvisano che "la PMA non fa miracoli": superati i 36 anni, la capacità riproduttiva della donna declina sensibilmente. In questo senso, le tecnologie riproduttive non possono ribaltare gli effetti dell'età sulla fertilità. La riproduzione è un evento naturale che riguarda le donne, eventuali disfunzioni sono ascrivibili alla scelta di ritardare la maternità. Allo stesso modo, nel corso degli incontri informativi con la coppia, il medico solitamente raccomandava: "se decidete di fare la PMA non aspettate troppo tempo".

Allo stesso modo, nel reparto di infertilità dell'Ospedale Sant'Anna di Genova, durante il colloquio con la coppia che precede l'inizio della stimolazione ormonale, il medico stabilisce la terapia e fissa il giorno del basale[135]. Nel documento contenente le istruzioni operative relative alle prestazioni offerte dal centro, si descrive la funzione del primo colloquio rispetto alla donna, il partner maschile non è considerato:

"il colloquio dura circa mezz'ora per coppia; viene spiegato dettagliatamente che cosa avverrà in tutto il periodo di stimolazione fino al momento del pick up[136], si chiariscono i dubbi, si cerca di tranquillizzare le signore che mostrano quasi sempre un elevato stato ansioso perché non sanno che cosa succederà nella loro vita in quel periodo. Investono in questo percorso molte energie con uno stato emotivo altalenante (anche in base al carattere soggettivo della signora); comunque un impegno psicologico forte[137]".

Nella prassi ordinaria, gli aspetti maschili legati all'esame del liquido seminale restano in secondo piano. Durante il periodo di ricerca in ospedale ho notato alcuni cambiamenti nel modo di affrontare il primo colloquio con i partner, al fine di migliorare il processo diagnostico, e per ridurre il peso della medicalizzazione sulla donna e della responsabilità femminile nell'infertilità di coppia. È stata introdotta la figura del biologo seminologo in grado di riconoscere il ruolo di fattori maschili che condizionano le possibilità della coppia di procreare e per proporre una terapia specifica. Nella

[134]https://www.humanitas.it/centri/fertility-center
[135] Prima visita ginecologica che coincide con l'inizio del trattamento di stimolazione ormonale.
[136] Intervento di prelievo ovocitario per la fertilizzazione in vitro.
[137] Documento relativo all'organizzazione interna del reparto di PMA.

maggior parte dei casi si occupa di valutare l'esito dello spermiogramma, nel caso in cui siano riscontrati dei batteri prescrive una terapia antibiotica e integratori vitaminici.

Nel discorso medico si tende a dare per scontato il legame fra infecondità e comportamento riproduttivo femminile che viene comunemente applicato in ambito demografico. Alcuni studi nell'ambito della medicina della riproduzione affermano che nonostante l'incremento delle tecniche, la ricerca diagnostica sulle cause che determinano la sterilità nell'uomo è insufficiente. L'esclusione dell'andrologia nella medicina riproduttiva come scienza che studia la sessualità e la riproduzione nell'uomo, è legata ad un problema epistemologico e all'ideologia di genere. Occorre rivolgere l'attenzione al tema della sterilità maschile per mettere in luce un problema grave e nascosto, nel tentativo di individuare un fattore noto per poter curare l'infertilità senza ricorrere all'intervento della fecondazione assistita. Infatti, nell'approccio medico prevalente, l'attenzione rivolta al femminile comporta il rischio di produrre l'allontanamento del maschio perché non è ritenuto competente, responsabile, finendo per naturalizzare la maternità, le differenze legate al genere, alla cultura di origine o appartenenza nazionale.

La testimonianza di un operatore sottolinea come la presenza di un percorso andrologico all'interno dei centri di prevenzione e cura dell'infertilità sia il segno di una trasformazione sociale ed epistemologica in atto nell'ambito dell'infertilità, nonostante permangano resistenze evidenti nel mancato sviluppo di strutture dedicate a livello delle istituzioni sanitarie regionali. I centri andrologici presenti sul territorio genovese sono realtà private destinate a sparire di fronte all'emergere di grandi centri, in parte privati, nelle regioni limitrofe:

> *Come laboratori di andrologia c'erano piccole realtà sparse , pubbliche, che però per forza di cose essendo piccole, facendo pochi esami, pian piano hanno chiuso anche se è un esame che non richiede in realtà tante attrezzature, non è un esame costoso da questo punto di vista, però richiede un aggiornamento continuo e poi, se non c'è interesse a farlo, ovviamente gli aggiornamenti… non lo fai, pian piano hanno chiuso tutte che io sappia, ci sono alcune private (biologa, centro infertilità).*

La realizzazione di un percorso andrologico è una condizione necessaria per poter riconoscere il ruolo determinante di fattori maschili nelle esperienze di infertilità di coppia. Secondo gli operatori, si tratta di un cambiamento necessario in grado di alleviare il senso di responsabilità della donna in caso di infertilità di coppia, per ridurre gli effetti dello stigma sociale, anche se la responsabilità biologica del femminile spesso sembra un assunto indiscutibile:

> *Al di là del fatto che poi la fecondazione assistita sembra un affare ginecologico, il discorso di fare un percorso andrologico è assolutamente importante se non altro per diminuire l'impatto sulla donna in quanto non ci siano dei problemi particolari suoi ma che i problemi maschili siano riconosciuti. Sì serve, non ci sono sempre, la legge prevede anche quello ma con le risorse che si sono…[…] perché la*

fisiopatologia della riproduzione nasce in ambito ginecologico quindi il percorso andrologico è trascurato quando ci sarebbero tante cose da fare perché a fronte di "gli spermatozoi ci sono e vanno bene "quando in realtà dal punto di vista genetico avendo un aspetto assolutamente normale possono avere delle alterazioni genetiche, della mancanza di materiale genetico, delle popolazioni mitocondriali abnormi quindi possono avere dei difetti che è difficile esaminare ma che possono essere responsabili di aborti frequenti e ripetuti. Quando si diceva gli stili di vita gli accumuli di grasso nella parte addominale riscaldano gli spermatozoi che rendono incapace di bucare l'ovocita e fertilizzarlo, per questo può essere importante cambiare lo stile di vita. Alcuni anni fa abbiamo realizzato un percorso andrologico ed è stato considerato di scarsa importanza[...] Secondo me (mancato potenziamento del percorso andrologico) per un'impostazione. È vero non si possono fare tante cose e soprattutto non si può intervenire. Se io ho una delezione nel cromosoma y, io non posso fare niente, non c'è impostazione. Altro esempio, la forma della testa degli spermatozoi rotonda che significa la mancanza superiore dello spermatozoo. "Sì bello però non serve" questa è la considerazione sul personale biologo di laboratorio sulla parte maschile. Si tende a intervenire pesantemente sulle donne perché l'impostazione è quella (biologa, centro infertilità).

Come è emerso dalle interviste con gli operatori sanitari impiegati nei centri di infertilità, l'assenza di un laboratorio andrologico impedisce di comprendere i fattori maschili che interessano il concepimento e determina il peso della medicalizzazione esercitata sulle donne. In questo modo, tra diagnosi e terapia, emerge un rapporto circolare che rafforza una visione naturalistica della riproduzione come evento di responsabilità esclusivamente femminile.

Già dalla metà degli anni Novanta, il Comitato Nazionale di Bioetica rende noto che l'incremento del ricorso alle tecnologie riproduttive si può spiegare sulla base di una sottovalutazione del problema della sterilità maschile, in quanto aspetto "misconosciuto scientificamente o rifiutato culturalmente, coperto spesso dall'erronea identificazione della virilità con la fertilità" (Quaderni Scienza e Vita, 2008: 10). Sebbene siano emerse cause dell'infertilità di coppia dovuta a infertilità di tipo maschile e mista, tutt'oggi, in molti casi, secondo il parere del Comitato di Bioetica, si ricorre alla fecondazione assistita indipendentemente dal processo diagnostico-terapeutico "in questo senso, la fecondazione artificiale non rappresenta la cura della sterilità maschile, come comunemente affermato, ma eventualmente la "cura" della sterilità di coppia (e non si affronta qui la questione se la sterilità di coppia possa definirsi "malattia"), mentre il vero stato patologico di base, cioè la dispermia, rimane non trattata" (Quaderni di Scienza e Vita, n. 4, 2008: 10)

Nel mondo occidentale, il tema della sterilità maschile viene ignorato o nascosto perché legato all'idea di impotenza che risulta lesiva dell'identità maschile. La letteratura medica in materia (Cfr. I quaderni di Scienza e Vita, la sterilità maschile, n.4, 2008) avverte che il fenomeno dell'infertilità maschile sta assumendo dimensioni rilevanti tanto da apparire come una malattia sociale. Le cause

individuate dagli esperti sono di tipo genetico e medico, legate a fattori ambientali come l'inquinamento e a tensioni psicologiche.

La letteratura medica afferma che l'infertilità può essere spiegata attraverso meccanismi biologici. Per questo motivo, il processo diagnostico è fondamentale in quanto consente di trovare un testimone affidabile sulla base del quale somministrare una terapia adeguata. In questo quadro, si considera rilevante lo sviluppo dell'indagine biologica nell'uomo, per molto tempo trascurata. Recenti ricerche affermano che nel 44% dei casi di infertilità maschile non c'è un testimone affidabile o un fattore noto che spieghi la malattia (I quaderni di Scienza e Vita, n.4, 2008; Campo, Ioverno. N. 6, 2009). Il discorso medico, nel caso in cui non si trovi una causa eziologica evidente, definisce l'infertilità maschile idiopatica. Nei casi di infertilità idiopatica, l'atteggiamento terapeutico si dimostra "empirico e fantasioso" e per questo motivo di scarso successo. Infatti, è dimostrato che nei casi di infertilità inspiegata le percentuali di gravidanze per PMA e di tipo spontaneo sono simili (Campo, Ioverno. N. 6, 2009).

5.2.4.1 L'ideologia della potenza maschile

In caso di problemi legati alla sessualità da parte del partner maschile si tende a nascondere la questione proprio per la forte stigmatizzazione dell'infertilità maschile come impotenza e mancanza di virilità. In questi casi è la donna ad assumersi la responsabilità dell'infertilità per evitare al partner il peso dello stigma sociale. Come suggerisce Paxson (2003), il desiderio di diventare madre mediante le tecniche di PMA è talmente radicato da permette di nascondere la debolezza sessuale del partner, le donne sostengono il peso del desiderio maschile di confermarsi all'immaginario sociale, essere virile, capace e correttamente uomo:

> *Statisticamente la donna è un po' più delicata ma è anche vero che è sempre più in aumento il problema della sessualità dei maschi, ci sono problemi sessuali a livello di erezione, di eiaculazione precoce, anorgasmia quindi dove lui non riesce a eiaculare perché non riesce ad avere l'orgasmo, a volte nessuno. Però è anche in aumento però l'uomo tende a non dirlo e la donna tende ad accollarsi il problema dell'uomo perché sa che lui non vuole dirlo (biologo specializzando, centro infertilità).*

Come sostiene Paxons (2003) a proposito del Grecia, in una società patriarcale è difficile ammettere l'esistenza di responsabilità maschili nell'infertilità di coppia:

> *Un po' diverso è il problema degli uomini che hanno la responsabilità di questa infertilità perché, come ti dicevo, confondono molto spesso l'idea della castrazione sessuale con quello della fertilità e a volte realmente lo confondono, nel senso che io mi sono sentita rispondere, a fronte di un esame seminale di scarsa qualità, ma io i rapporti sessuali sono normali eh! Ovviamente sono normali, non è quello il*

problema! Quella è esplicitata, altre volte non è esplicita ma c'è la sensazione che non sei un vero uomo se non sei fertile (biologa centro infertilità).

Per gli uomini la raccolta del seme è vissuta come una prova di virilità, un esame sulla potenza sessuale. Nell'ambito del percorso andrologico, gli operatori sottolineano incomprensioni, abbandono del percorso, difficoltà di comunicazione nell'esecuzione dello spermiogramma, difficoltà non solo pratiche (burocrazia, strutture per la raccolta del seme adeguate) ma legate ad aspetti simbolici sulla virilità. Le operatrici del centro raccontano che, ad effettuare la prenotazione per lo spermiogramma e spermiocoltura, non sono gli stessi pazienti maschi ma nella maggior parte dei casi, sono le diverse donne in relazione con lui oltre alla madre e alla compagna a volte è la suocera a contattare il centro per appuntamento:

Onestamente cerchiamo di essere più ligi possibile nel senso che sappiamo benissimo che è una situazione in cui alcuni possono essere imbarazzati specie con le donne […] ora c'è un giovane andrologo e facciamo intervenire lui. Comunque vivono sempre il rapporto di infertilità e impotenza come se una cosa fosse legata all'altra per cui noi recepiamo la tensione (biologa, centro infertilità).

Lo stigma sociale del maschio infertile può portare ad un allontanamento del percorso di PMA. Le testimonianze degli operatori indicano che la partecipazione maschile dipende dalle caratteristiche della coppia ma nel caso di uomini di nazionalità straniera il peso dell'infertilità è più evidente e produce disinteresse per il percorso:

Di solito sono i maschi a dire "da questo insuccesso posso fare qualcosa anche io perché lei l'ha già fatto". L'italiano in questa cosa è molto partecipe […] alcuni magari ci tengono di più delle donne e dispiace tantissimo, dipende dalla coppia, non dalla cultura e dal genere. Qua la donna arriva e detta regole ma non perché il maschio non è a conoscenza, è lei che non lo tiene a conoscenza, nella cultura italiana la donna vuole essere materna già prima di avere un figlio inizia prima già con il compagno, […] Il sudamericano, l'arabo poi non ne parliamo, indiano anche loro hanno molto l'idea della fertilità maschile. "Devo avere un figlio per provare che…" e questo viene da una cultura ignorante purtroppo è così, è una cultura maschilista che io vedo poco qua. Invece in altri centri chiedono esami del seme dopo che lei ha fatto tanti esami, invece io il primo colloquio lo chiedo, se chiedo agli italiani un esame del seme lui esce e prende l'appuntamento, il sudamericano esce e dice poi chiamo (ginecologa, centro di infertilità).

A fronte della presenza di fattori culturali e strutturali che impediscono la realizzazione di un percorso andrologico nell'infertilità, le operatrici del centro di andrologia si occupano di adottare pratiche che facilitino l'accesso. Le testimonianze raccolte mostrano l'intenzione di rivolgere grande attenzione verso il partner maschile della coppia supposta infertile, adottando strategie per la semplificazione burocratica, forme di accesso diretto[138], oltre a un servizio di chiamata per ricordare appuntamento.

[138]L'esame si esegue senza prenotazione al CUP ma contattando il centro per fissare un appuntamento.

Le misure elencate sono state introdotte per questioni pratiche legate ad una ottimizzazione delle risorse: per incentivare gli uomini a presentarsi agli appuntamenti; per limitare incomprensioni riguardo alle istruzioni operative relative ad alcuni esami:

> *Tre/quattro giorni di astinenza dai rapporti significa che tre/quattro giorni prima degli esami devi avere un rapporto […] devi spiegare che devono avere un rapporto o una eiaculazione comunque prodotta…questo può mettere in difficoltà. […] In realtà è una serie di raccomandazioni abbastanza complicate, ragione per la quale non facciamo prenotare dal centro prenotazioni unificate perché abbiamo avuto troppe difficoltà in passato. Da quando ci sono c'è sempre stata la prenotazione qui. Perché le spiegazioni non bastano mai e tante volte infatti ci richiamano e ci chiedono "Ma non mi ricordo bene cosa vuol dire.." e allora si rispiega, è una spiegazione lunga perché dobbiamo spiegare il tipo di contenitori , dobbiamo spiegare che devono raccogliere tutto il campione perché tante volte paciugano e che non devono rovesciare il barattolo se no va tutto nel coperchio, che devono tenerlo al caldo, che ecc. ecc. quindi raccomandazioni lunghe aggiunte agli aspetti burocratici..[…] offriamo la possibilità di fare la raccolta a casa se riescono ad arrivare entro un'ora, però, massimo massimo entro un'ora deve essere consegnato il campione. Altri invece no, perché non possono proprio, magari vengono da fuori o da punti della città per cui non sono certi di arrivare in tempo e allora lo possono fare qua e anche questo è un problema nel senso che abbiamo cercato di ottenere dall'azienda un locale, uno spazio minimo un po' più accogliente, senza voler fare grandi cose ma almeno accogliente…cosa che non è, onestamente non è, a volte capita che non riescono a raccoglierlo, quello sì...[…] insomma, cerchiamo di andare incontro il più possibile (biologa, centro infertilità).*

Nel rapporto con i pazienti, in caso di supposta infertilità maschile, gli operatori si comportano come se dovessero far accettare all'uomo qualcosa che si ritiene un tabù (Cfr. Flamigni, 2008). Come è emerso dalle narrazioni delle donne sull'esperienza di fecondazione assistita, la decisione di condividere la condizione di sterilità maschile con familiari e amici rappresenta la rottura di un tabù. In particolare, si tratta di intervenire nel caso di operazioni dolorose, invasive. Il medico informa e aiuta il paziente a fare la cosa giusta per la sua salute, ciò che appartiene alla visione del medico e deve essere tradotta al paziente:

> *L'uomo mediamente è più fortunato per quanto sia stressante ma tra i due la donna poverina si fa un sacco di punture si fa il pick up, si fa il ET si fa tante cose, l'uomo mediamente se va abbastanza bene, fa la raccolta del liquido e deve fare una masturbazione che magari non è un posto come dire conciliante ecco nell'atto però comunque non è una cosa dolorosa. Purtroppo si trovano quelli azoospermici e si ritrovano a dover fare ago aspirati o biopsie che capiscono molto poco e anche in questo caso per esempio dove è importante il nostro apporto nel caso di azospermici secretivi? […] aiutarlo a scegliere se rischiare di andare comunque a cercare gli spermatozoi quando le probabilità sono basse ma quanto basse? È questo il nostro punto. Un minimo di danno lo crea magari ci sono persone che non avranno problemi ma non lo puoi sapere […], di per sé bisogna capire i costi benefici e questo siamo noi a spingere il paziente a prendere… lo aiutiamo a prendere la scelta giusta, non è una cosa facile. Fa parte del nostro lavoro anche per esempio farli considerare quando non trovi più niente se aiutarli… […] o invece considerare*

l'eventualità di un'eterologa questa è un'altra cosa molto delicata anche lì cambia tutto, hai in mano il futuro del tuo paziente (biologo specializzando, centro infertilità).

In molti casi, il medico cede a trascuratezza dovuta ad abuso di potere: non si cura di accompagnare i pazienti a una scelta consapevole nei confronti della PMA; non considera in modo adeguato le implicazioni etiche che seguono e precedono la presa in carico della coppia. Stabilire un rapporto di fiducia con il paziente è necessario per un'alleanza terapeutica che influisce direttamente sull'esito del processo di cura (Bouznah, Lewertowski, 2013):

Non solo dal punto di vista clinico, medico, biologico ma dal punto di vista personale cerchiamo di avvicinarci alle loro necessità, a quelli che sono i loro dubbi, i loro problemi perché questo è un percorso che implica delle scelte per il paziente che sono importanti, non solo per il medico e biologo ma anche per il paziente. A volte si trova a dover fare delle scelte obbligate, a volte deve fare delle scelte ma siamo più noi che andiamo a indirizzare il paziente verso una cosa, però è chiaro che è lui che sceglie, e quindi noi cerchiamo di metterci sempre al posto del paziente (biologo specializzando, centro infertilità).

Paxson (2003) sottolinea la presenza di una ideologia della potenza sessuale maschile e un'ideologia del sacrificio materno. Per questo la questione dell'infertilità di coppia è spesso limitata ad un problema organico femminile e favorisce il ricorso alla PMA senza tenere in debita considerazione gli effetti sulla salute delle donne. In una società patrilineare è difficile ammettere che il problema dell'infertilità sia di tipo maschile ma allo stesso tempo lo scarso controllo sul seme porta ad una contraddizione: la separazione dell'atto riproduttivo dalla fedeltà femminile.

Dalla testimonianza di una biologa è emerso che le richieste di accertamento della paternità biologica rappresentano situazioni rarissime. In questo caso, nonostante le tecnologie riproduttive sostengano la genitorialità biologica, configurandosi come strumento per la definizione della parentela biogenetica superiore a quella sociale (Paxson, 2003), si notano alcune dinamiche di trasformazione:

È successo raramente, forse come richiesta di paternità è successo due volte da quanto sono qui in tutto, comunque sì, è stato richiesto, direi in entrambi i casi per questioni ereditarie, da due uomini che erano risultati azoospermici, quindi privi di spermatozoi in un esame recente e avevano avuto figli. Ed è stato chiesto di vedere gli esami precedenti se c'erano, per vedere se precedentemente c'era questa situazione. In un caso c'erano e in un caso non c'erano. Dopo di che noi ci limitiamo a fornire i nostri dati, facciamo una relazione e non siamo stati più chiamati a dire nulla suppongo sia bastato quello (biologa, centro infertilità).

Nonostante il continuo richiamo da parte dei medici rispetto alla sicurezza della pratica e al controllo rigido dei protocolli, alla decisione congiunta della coppia convivente, monogamica rispetto al percorso come condizione indispensabile per il trattamento, non c'è un controllo rigoroso sul materiale biologico maschile. Infatti, per depositare lo sperma è sufficiente una manleva. In questo

caso, il fatto che il seme appartenga al compagno/marito sembra essere un fatto scontato per cui non c'è bisogno di ulteriori indagini. Il rischio è che le tecnologie riproduttive possano stravolgere il modello dominante di filiazione basato sul legame biologico e le norme di genere sulla fedeltà femminile favorendo nuove forme di riproduzione e di famiglia:

> *Il controllo c'è. Se la raccolta viene fatta il giorno stesso e quindi il paziente firma una manleva il cui dichiara che quel materiale è loro perché noi non siamo dentro al bagno con loro, possono anche esserselo portato per cui firmano questo documento che viene archiviato nella loro cartella in cui dichiarano che è materiale loro; se è materiale scongelato loro hanno firmato prima tutta una serie di documenti. È una questione di fiducia, la fiducia che comporta tutta una serie di passaggi. Però lì non firmano che è loro, firmano alla consegna ma all'atto di scongelamento firmano che hanno visto l'etichetta o la scritta non gli facciamo firmare che è il loro perché questo non sarebbe giusto (biologa, centro pubblico infertilità).*

Dato che nell'immaginario sociale che fa da sfondo alla PMA è presente la rappresentazione della genitorialità come desiderio essenzialmente femminile in cui l'uomo ha un ruolo secondario, il controllo della corrispondenza fra liquido seminale e donatore è minimo:

> *Ci accertiamo che sia davvero la loro volontà, nel senso che un caso è successo, capita a volte qualche volta è successo che gli uomini non possano essere presenti il giorno del PU, abbiamo persone che navigano, altri che hanno impegni di lavoro fuori Italia o che non sono certi di potersi liberare dagli impegni data anche l'incertezza della giornata allora succede che depositano il materiale congelato anche se non avrebbero bisogno di congelare però in questa ottica e lasciano una delega perché quando scongelano il materiale dovrebbero essere presenti , lasciano una delega, delegano la moglie all'osservazione ne non che una volta succede che questo signore ha un'azienda in Ecuador e dichiara che sarebbe stato assente per l'epoca in cui la moglie avrebbe fatto il pu, lascia una delega alla moglie, la signora me la porta, dopo di che invece lui c'è nel giorno del pick up, ah, come mai non doveva esserci, e lui "sì, sì la mia partenza è stata rimandata e quindi sono venuto" e poi, dopo un po', scende qua e mi dice :"devo parlarle un attimo, io non voglio usare il seme che ho congelato perché io questo percorso non lo voglio fare" e io "scusi ma non ci poteva pensare un attimo prima?" e poi mi è venuta la fulminazione, se lui fosse stato via la signora poteva portare una delega che io non sapevo se era firmata da lui e allora mi sarebbe stato contestato da lui il fatto di aver usato una delega o se c'era un accordo verbale, era sempre la sua parola contro la mia, nel frattempo, però, avevamo usato una cosa in maniera impropria , e allora, da allora, la delega me la faccio firmare da lui prima davanti a me, (biologa, centro infertilità)*

In questo modo si può facilmente aggirare la Legge 40/2004, legge che stabilisce la congiunta decisione della coppia per effettuare il trattamento. Per limitare il rischio che l'intervento medico si sostituisca alla coppia, rappresentando un modo per fare un figlio "da sola" indipendentemente dalla volontà del partner, si modificano prassi consolidate e procedure autorizzate.

5.3 Gli operatori sanitari e l'approccio alle donne migranti latinoamericane

Le politiche sulla fertilità, le normative in materia di procreazione assistita a livello internazionale, nazionale e locale, le logiche culturali che intervengono nel rapporto medico-paziente rappresentano alcuni elementi rilevanti che condizionano l'accesso e la fruizione delle tecnologie riproduttive. In questo modo, il ricorso all'intervento biomedico garantisce la possibilità di essere genitore soltanto ad alcune categorie di persone in relazione a differenze di provenienza geografica, genere, razza, classe, orientamento sessuale e generazione (Rapp, 1998,2001; Thompson, 2015, 2016, 2017; Inhorn, Franklin, 2016). Diversi studi in ambito socio-antropologico propongono un approccio alle tecnologie riproduttive che consideri le scelte procreative come esito di una negoziazione tra rapporti di forza fondati sull'intersezione di gerarchie di genere, classe e razza che definiscono la vita quotidiana (; Ginsburg, Rapp, 1991; Rapp, 1998, 2001; Mohanty, 2003; Ribeiro Corossacz, 2004, 2013; Carbado, Crenshaw, Mays, Tomlinson, 2013; Roberts, 2016;).

Nel presente lavoro analizzo le logiche degli operatori sanitari che entrano in contatto con utenti latinoamericane per evidenziarne alcuni aspetti: la tensione fra logiche di naturalizzazione della riproduzione e dinamiche di stratificazione; il ruolo esercitato da fattori simbolici che nell'incontro con l'Altro attivano significati e rappresentazioni reciproche condizionando le scelte di fecondità, l'accesso alle cure, l'efficacia delle tecniche e delle procedure biomediche. Per questo motivo, mi concentro sull'analisi delle logiche culturali implicite, incorporate dagli operatori sanitari che regolano l'approccio all'infertilità, alle tecnologie riproduttive e definiscono percezioni e aspettative sulle donne di origine latinoamericana (Bouznah, Lewertowski, 2013; Coppo, 2010).

Alcune ricerche nell'ambito delle scienze sociali sul rapporto fra migranti latinoamericane e servizi sanitari condotte nei contesti europei di destinazione sottolineano la presenza di sguardi discriminatori fra gli operatori sanitari e nel discorso politico dominante. Tali posizioni mettendo in luce processi di costruzione della soggettività migrante: etnicizzazione della sessualità (Krebbex, 2017; Duncan, Edwards, Alexander, 2010), culturizzazione delle disuguaglianze sociali (Pedone, 2014; Lagomarsino, Pagnotta, 2012), essenzialismo culturale e di genere (Morokvasic, 1983, 1984; Ribeiro Corossacz, Gribaldo, 2010; Tognetti Bordogna, 2013). Le pratiche sociali esprimono le modalità specifiche con cui determinati gruppi umani ordinano il mondo. Ogni membro di una cultura osserva un mondo specifico (Geertz, 1987; Remotti, 1997, 2000, 2010) e in questo senso, come sostiene Remotti (1997), il concetto di "naturale" non definisce una sostanza, ma alcune proprietà, frutto di un'elaborazione culturale. La nozione di natura è il risultato di un'invenzione (Sahlins, 1976) i cui contenuti variano in base alla cultura di riferimento: i processi di naturalizzazione ancorano i

prodotti della cultura ad una base oggettiva e dunque più solida e in questo modo, assumono un valore normativo e prescrittivo (Leach, 1989).

Alcune ricerche etnografiche mostrano, nel rapporto fra migranti latinoamericani e servizi di salute riproduttiva, gli effetti di una dinamica di culturizzazione delle disuguaglianze socio-economiche (Lagomarsino, Pagnotta, 2012; Pedone, 2014; Ribeiro Corossacz, 2005). Gli operatori utilizzano un modello di riferimento unico in cui le disuguaglianze di genere, le forme di famiglia e di distribuzione del potere sono riportati ad uno schema universale che non tiene conto delle differenti costruzioni socio-culturali prodotte nel contesto transnazionale. A partire da un approccio essenzialista e culturalista che suppone un'omogeneità totale nel gruppo dei migranti, gli operatori presentano una visione dicotomica che porta alla distinzione fra pazienti italiani consapevoli e liberi contrapposti a pazienti latinoamericani arretrati, ignorati e repressi. Le percezioni degli operatori comprendono due rappresentazioni dominanti riguardo alle donne migranti latinoamericane: come vittime della cultura patriarcale (del marito, padre, fratello), o come troppo libere nelle scelte sessuali e riproduttive (donne pioniere della migrazione separate o divorziate, donne che partono da sole, ricomposizioni familiari) (Herrera, Martinez, 2002; Mahler, Pessar, 2006; Boccagni, 2009; Scrinzi, 2016; Imaz, 2018; Pinelli, 2019).

Dalle parole degli operatori sanitari che si occupano di infertilità in centri pubblici e privati situati nella città di Genova, è emersa una costruzione della soggettività migrante fondata sull'essenzialismo culturale e di genere: le donne latinoamericane sono considerate vittime del partner e oppresse dall'appartenenza ad un universo culturale arretrato in cui si enfatizza la maternità come aspetto essenziale del femminile. A fronte di scelte che risultano incomprensibili per gli operatori, la non ammissione al trattamento viene presentata alle donne ricorrendo al tema del rischio per la salute (Cfr. Bonfanti, 2012). Gli effetti di un approccio che trascura le variabili socio culturali nell'analisi di pazienti "non ordinari", si riscontrano nelle testimonianze sotto riportate. Nel discorso dominante, l'atteggiamento nei confronti del medico è indicativo del modello di relazioni gerarchico appreso nel contesto socio-culturale di origine. Le sudamericane sono percepite come gruppo uniforme poiché "naturalmente" predisposte ad adottare un atteggiamento paternalistico verso il medico e sottomesso verso il partner:

> *In molti casi la paziente ha già tre figli e allora cerchiamo di convincerli che se ha tre figli lei o lui il coronamento del matrimonio non avviene necessariamente per il fatto di mettere al mondo dei figli insieme. C'è un rischio di rottura uterina quando una ha un solo bambino nell'utero quando una ha fatto tre cesarei e fa una gemellare diciamo che c'è un rischio veramente altissimo che si rompa l'utero. Però ripeto è un effetto marginale non è che a tutte le ecuadoregne si rompa l'utero ma è un fenomeno che riguarda soprattutto le sudamericane. Perché sono posti che anziché usare un contraccettivo… un ospedale italiano*

a una che ha fatto tre cesarei metterebbe una spirale ecco non è che vengano necessariamente legate le tube proprio per il fatto che noi sappiamo che nella vita ci si separa e che quindi uno può voler fare altri figli…per alcune culture non è così semplice pensare… (ginecologo, centro infertilità).

E poi la realtà qua è che molte di queste persone qua si fanno un'altra famiglia, […]. Ci sono donne che arrivano qua e si trovano con un italiano che non ha figli o che magari ce n'ha anche lui e pensano di fare dei figli assieme (ginecologo, centro infertilità).

…sono sottomesse in tutto anche verso il medico. Accettazione a prescindere. […] Le sudamericane… la donna è carina, più sensibile, le dici cosa deve fare e lo fanno, il marito sta zitto tutto il tempo, non dice una parola e allora sono… non è che è sottomessa al marito, hanno questo di rispetto, non hanno arroganza (ginecologa, centro privato convenzionato).

Ecco loro non hanno mai dubbi se accedere o meno, l'italiano medio ha un sacco di dubbi si chiede se gli farà male, chiede se ci sono rischi a fare il trattamento, loro dicono me lo faccia basta non rompa le scatole faccio quello che dice lei cioè sono indietro di 25- 30 anni rispetto al concetto del consenso informato. Vogliono una medicina paternalistica mentre l'italiano oggi non vuole più che sia paternalistica non si accontenta più del dottore che gli dice sono io il medico si faccia guidare da me, ma non c'è più il medico così, all'ecuadoregno gli andrebbe bene così in generale (ginecologo, centro infertilità).

Un elemento importante, nel caso delle donne latinoamericane, è il l'ideologia naturalista della maternità che si rafforza tramite il "mito dell'istinto materno" e impone un'identificazione della donna con la buona madre (Badinter, 1981; Gribaldo, 2018). Nel discorso medico si enfatizza lo stigma sociale diffuso sull'infertilità come condizione socialmente svalorizzata, capace di determinare sofferenza, isolamento, depressione e ansia. Infatti, dalle testimonianze raccolte fra gli operatori sanitari, è emersa l'idea che, diversamente dalle italiane, le donne latinoamericane che non riescono a concepire siano vittime di una pressione sociale maggiore legata ad una cultura arretrata e patriarcale:

Ok. sono pazienti molto sensibili, io quello che sento di pazienti che hanno fatto da me sono pazienti sensibili […] si chiama ormone sensibilità che non sei compreso da nessuno, che non vuoi uscire di casa perché non vuoi vedere bambini, hai la suocera che non ti dice niente però ti guarda. E non ti chiede ma senti che sta parlano che non hai figli. E poi chiamano perché questi ecuadoriani hanno 5 fratelli da una parte e 6 fratelli da un'altra, con magari il nipote che ha già figli (ginecologa, centro privato convenzionato).

Altro aspetto rilevante riguarda il fatto che le donne latinoamericane sono viste come poco rispettose degli orari e degli appuntamenti, l'atteggiamento è paragonato alle persone di origine meridionale ed è incomprensibile per gli operatori. Tale pratica è stata sottolineata più volte nel corso dell'intervista con il responsabile del centro di infertilità come un effetto dei modelli legati alla cultura d'origine. Si tratta di un argomento sempre presente durante il lavoro sul campo che comprende spiegazioni

elaborate sulla base dell'appartenenza etnica come aspetto totalizzante, mentre tralascia le questioni legate alla classe sociale, alla professione, alle condizioni di vita e al capitale culturale:

> *Poi l'altra cosa che noto molto spesso sono allegri sugli orari: gli dici di essere qua alle 9 e arrivano alle 10 ma noi facciamo ecografie dalle 8 alle 10 queste arrivano alle 9.55, l'italiano medio alle 7.30 è qua. Arriva alle 9.55 e se la sgridi si arrabbia dice adesso fai fino alle dieci… capito? Hanno un concetto della puntualità molto napoletano diciamo…[…] A volte non vengono agli appuntamenti e non ti avvisano e poi magari vengono un'altra volta sperando di riuscire a parlarti lo stesso. È un rapporto un po' più variabile, un po' meno rigido…Ma è il rapporto con i medici che è diverso, qua il sistema sanitario è universalistico ad esempio quello che ho notato è che sono pazienti che hanno imparato bene a sfruttare quello che il sistema sanitario nostro passa anche se hanno una pecca che spesso arrivano fuori orario cioè hanno un vago concetto ma tutte le sudamericane hanno un concetto vago della puntualità (ginecologo, centro infertilità).*

Rapp (1998) individua nell'incapacità di rendere accessibili i servizi di tecnologia riproduttiva l'espressione del rifiuto strutturale del sistema sanitario verso i migranti a seguito dell'applicazione di un ordine sociale gerarchico. All'interno di un sistema sociale disuguale, il discorso medico riproduce la percezione dominante: le donne migranti sono relegate all'ambito domestico e associate alla vita privata. A causa di una scarsa comunicazione con gli operatori, le donne che non si presentano all'appuntamento senza avvisare il centro, esprimono un rifiuto indiretto verso l'intervento biomedico (Rapp, 1998). Le ragioni riportate dalle donne sono molteplici: dallo stress della vita moderna alla nascita di un figlio in modo spontaneo; dalla paura di sottoporsi agli esami/interventi per un possibile fallimento all'impossibilità di accedere ad un servizio in modo continuo per motivi lavorativi ed economici.

Nel discorso e nelle pratiche mediche l'appartenenza culturale è percepita come una categoria generica e immutabile che spiega i comportamenti riproduttivi delle donne migranti (Herrera, Ramirez, 2008; Wagner 2008). Dalle testimonianze degli operatori, nell'ambito della popolazione straniera, le scelte di fecondità sono riconducibili a fattori culturali (Hernandez, 2010). Riguardo al ricorso alle tecnologie riproduttive, secondo gli operatori, le donne latinoamericane infertili che ricorrono alle tecniche di PMA sono una ristretta minoranza perché "naturalmente" fertili rispetto alla popolazione italiana. Per questo motivo, l'accesso alla PMA da parte delle donne latinoamericane, che ricercano un secondo figlio con un nuovo compagno, è considerato il risultato di un rapporto di genere asimmetrico. In questo modo, viene tralasciato il fatto che il desiderio di maternità assume forme diverse in relazione agli ostacoli concreti e timori diffusi, non solo in relazione ad aspetti ideologici e strutturali che limitano l'accesso alle tecnologie.

Nell'indagine condotta sulla questione dell'allattamento materno, Vanessa Maher (1992) pone attenzione all'uso improprio del termine "natura" nell'ambito della letteratura medica che si occupa di processi riproduttivi. L'obiettivo è quello di mettere in luce i fattori culturali, simbolici e politici misconosciuti dal discorso medico e demografico che contribuiscono ad orientare i comportamenti riproduttivi. La nozione di fertilità naturale si costruisce in riferimento alle statistiche delle popolazioni con tassi elevati di fertilità, in cui non vengono registrati l'uso di contraccettivi per il controllo e la pianificazione delle nascite.
Nei contesti di elevata fertilità rivelano un complesso quadro sociale: da un lato la donna è ridotta ad una posizione subordinata, nei sistemi patriarcali avere molti figli significa per il marito ottenere vantaggi nell'ambito delle relazioni di parentela e migliorare la posizione economica; dall'altro la maternità rappresenta una risorsa femminile perché permette l'acquisizione di potere e status sociale. Quindi l'obbligo dell'alta fertilità può essere considerato l'espressione dell'asimmetria dei ruoli di genere ma allo stesso tempo rappresenta una risorsa per il femminile (Rich, 1979; Bonfanti, 2012; Ranisio, 2012).

Secondo alcuni operatori, l'infertilità e il ricorso alla PMA sono condizionati dalle opinioni della comunità migrante, e così la scelta è ancorata ai valori della cultura di appartenenza. Le istituzioni hanno il compito di intervenire per sostenere la libertà di scelta delle donne migranti inserite indistintamente in un contesto socio-culturale arretrato. Secondo questa logica, i latinoamericani rappresentano una comunità compatta e solidale, un gruppo omogeneo per condizioni economiche e disagio sociale[139]:

Anche se poi è una comunità non gigantesca certo non è che ci siano questi milioni di infertili, anche perché sposandosi prima e facendo figli prima il tasso di infertilità è minore che nella popolazione ligure (ginecologo, centro PMA).

Secondo il parere degli operatori, nel determinare il ricorso alla PMA esistono motivazioni estremamente diverse fra le donne italiane e quelle latinoamericane. In questa prospettiva, la scelta delle donne latinoamericane di sottoporsi alle tecniche è indipendente da una condizione di infertilità diagnosticata: il desiderio di maternità prende forma da rapporti e ruoli di genere asimmetrici, riflettendo modelli di famiglia dominanti del contesto di origine. Si rafforza così un immaginario sociale di oppressione femminile che continua nel contesto di destinazione e si ripercuote nelle scelte di fecondità. Gli operatori sanitari proiettano le proprie categorie di riferimento sulla storia

[139] In particolare, gli interventi delle istituzioni per la Prevenzione di malattie sessualmente trasmissibili sono segnalati come determinanti per un gruppo di persone con scarso capitale culturale e sociale.

riproduttiva e il percorso migratorio: le donne di origine latinoamericana sono obbligate dal compagno e dalla famiglia a fare figli da giovani nel paese di origine, configurando così la migrazione come occasione di libertà e autonomia (lasciano i figli in patria e cambiano partner); oppure nel nuovo contesto di vita, le donne sono ritenute vittime del nuovo compagno che potrebbe imporsi determinando il bisogno-desiderio di un figlio.

In alcuni casi, gli effetti di un contesto socio-culturale considerato dagli operatori arretrato sono evidenti nella scelta della sterilizzazione come metodo contraccettivo:

> *Le pazienti sudamericane… le straniere che vengono sono l'araba che vuole il figlio a tutti i costi, a vent'anni loro devono avere figli e non accettano il fatto di essere infertili o avere un problema. Le sudamericane hanno i figli molto prima, sono pochissime le pazienti che accedono qua, poche ma anche nel pubblico, di solito sono sotto i 40 anni diversamente dagli italiani che accedono qua dopo i 40, le ecuadoregne sono più giovani e la maggior parte ha un fattore maschile, o un fattore maschile o quelle che accedono dai 35 ai 40 sono fattori tubarici cioè pazienti che hanno già avuto 2 parti o 3 cesarei e hanno fatto chiusura delle tube. Cambio, partner, Separazione, cambio partner, molte volte figli ancora in Ecuador o Perù e poi arrivano qua, il marito di 50 anni che vuole un figlio. Questo… la maggior parte sono così o un fattore tubarico o donne che si sposano con italiani che sono italiani un po' più anziani che hanno fattore maschile quello sì (ginecologa, centro infertilità).*

> *Secondo me è molto importante il fatto che non sono alla prima gravidanza, ce ne sono tante ma rispetto alle italiane c'è una prevalenza di persone che non è alla prima esperienza e vogliono un altro figlio perché hanno cambiato partner, è piuttosto forte. Rispetto alle italiane l'età è la stessa perché questi in Ecuador hanno fatto figli a 18 anni qua non ce lo sogniamo neanche per cui arrivano qua che sono ancora relativamente giovani hanno 28 30 anni hanno già dei figli di 10 anni alcune neanche qua ce li hanno al Paese, però questo capita più con le orientali che sembra che abbiamo lasciato un mobile, ma queste invece si fanno un altro compagno di vita che molte volte è un loro compaesano e molte volte è un italiano è difficile il contrario è difficilissimo trovare una donna italiana con un uomo ecuadoregno anche perché se ho capito bene nelle famiglie ecuadoregne il traino è la moglie. È una roba tutta quanta speciale loro perché ho notato molto spesso che dei due lavora la donna anche i peruviani l'uomo sta al bar e lei va a lavorare…Le centro americane e sud americane sono le uniche che spesso hanno già delle sterilità volontarie cioè hanno già fatto delle legature delle tube perché lì quando fai il secondo cesareo ti legano le tube, vengono qua le colombiane, le ecuadoregne, le peruviane e ti dicono mi hanno legato le tube ma l'hanno chiesto loro come contraccettivo ma a volte sono diventate sterili senza volerlo. Per il resto hanno le stesse cause di sterilità delle italiane (ginecologo, centro infertilità).*

> *L'accesso degli stranieri è in continuo aumento. Gli stranieri hanno una visione più pragmatica degli italiani rispetto a questo. Accedono più rapidamente cioè un marocchino che non riesce ad avere un bambino in sei mesi viene qua, così le equadoregne, le nigeriane, cioè non vanno in giro per il mondo! Sono più rapidi degli italiani a scegliere di venire da noi, hanno meno preclusioni ad andare in un posto dove si potrebbe finire a fare la fecondazione artificiale…sono molto più pragmatici (ginecologo, centro infertilità).*

Al contrario, secondo altri operatori, nell'accesso al centro non si possono notare grandi differenze fra la popolazione italiana e latinoamericana, a partire dalla presenza di un'identica motivazione: il desiderio di essere madre è molto forte e determina la volontà di fare grandi sacrifici, compreso affrontare gli eventuali effetti negativi della medicalizzazione del corpo delle donne. Rispetto al resto della popolazione migrante, si notano delle differenze in base alla nazionalità e al grado di integrazione del gruppo nel contesto di arrivo: i latinoamericani sono visti come una comunità integrata perché conoscono la lingua e sono presenti sul territorio genovese da molto tempo, perciò non hanno problemi nell'accesso alle informazioni e ai servizi di salute riproduttiva:

> *Ad esempio, però per quanto riguarda l'infertilità io sono sicuro che c'è proprio un bias che cioè vengano qua. Probabilmente perché ne hanno sentito parlare, il passaparola, perché è una comunità unita in cui la comunicazione all'interno è abbastanza importante e quindi siccome abbiamo iniziato a seguirne un po' più della media c'è un bias su questo, ne troviamo di più…(ginecologo, centro di infertilità).*

> *…Forse un pochino sono aumentati ma secondo me sono aumentati in relazione al fatto che sono aumentati in generale. Gli stranieri che sono bene ambientati e integrati nella nostra società fanno uso delle tecniche e delle offerte che ci sono per tutti quanti perché non dovrebbero[…] Secondo me non c'è nessuna differenza, negli stranieri integrati non c'è nessuna differenza in realtà poi qui arrivano stranieri che non sono totalmente integrati perché non parlano la nostra lingua ma non sono gli ecuadoregni loro in genere la parlano poi ci sono certi stranieri africano oppure indiani orientali, le cui mogli non parlano l'italiano ma sono integrati per cui queste tecniche sono normali, è normale fare queste tecniche. Ora gli ecuadoregni …mi sembrano i più integrati di tutti i sudamericani, fra quelli che vengono qua non ci vedo grandi differenze rispetto alle altre persone italiane (ginecologa, centro infertilità).*

Nel mentre è emersa l'idea della riproduzione sia una generica scelta femminile legata al benessere del figlio. Secondo gli operatori per le donne latinoamericane fare figli non è vincolato alla disponibilità economica o alle condizioni sociali, ma ad una maternità legata a valori culturali, ad un istinto materno, un sentimento innato inscritto nel corpo della donna. La maternità non è una scelta razionale e responsabile ma un destino. Al contrario, per le coppie italiane il fattore economico e "l'asse della razionalità" (Krause, 2012) orientano la scelta di fecondità, in particolare riguardo al numero di figli. Le coppie italiane pensano di fare figli in base alle proprie possibilità: per offrire il massimo delle cure e delle risorse come misura che possa esaudire la loro scelta e garantire il benessere della prole. Per questo, secondo l'interpretazione degli operatori, nel caso delle donne latinoamericane, la maternità è ancorata ad un modello culturale arcaico, irrazionale e pre-moderno che risulta incomprensibile. Le condizioni materiali di vita, la precarietà economica e lavorativa, le molteplici strategie adottate, il ruolo attivo delle donne vengono occultate attraverso l'applicazione di precise categorie analitiche:

La fertilità è vista non come un problema sociale o economico: facciamo i figli e poi ci penso, qua è ci penso e poi facciamo i figli, questa è proprio la frase che va molto: se mangia uno mangiano due, è sempre così, proprio come mentalità del sud americana, araba o indiana, è una cosa per loro molto normale: lo facciamo e poi ci pensiamo. Poi il benessere del figlio sta nello stare nella famiglia socialmente, non fargli mancare niente, farlo mancare fa parte dell'educazione di questi bambini. Avere un figlio vuol dire…Quando dobbiamo fare il trasferimento ad un italiano "ne mettiamo due?"- "ma no, vediamo un po' perché la baby sitter, la mamma…". Invece loro "trasferiamo due e ben venga se sono gemelli, poi ci penso" e molte volte questi pazienti non hanno aiuti qua, contano su amici, c'è molto la comunità, è molto ristretta, loro contano molto sull'amicizia, non sulla famiglia qua, questo lo vedi tantissimo e è proprio un fattore culturale (ginecologa, centro infertilità).

Durante il periodo di ricerca sul campo presso il reparto di Fisiopatologia della riproduzione dell'Ospedale Sant'Anna di Genova, ho notato che le donne latinoamericane spesso sono considerate grasse e ciò implica un rallentamento nel percorso diagnostico e terapeutico. Diversamente dalle altre, alle pazienti di origine ecuadoriana che presentano un peso forma non ottimale, gli operatori misurano peso e altezza e calcano il BMI[140]. Tale caratteristica è considerata strettamente correlata ad abitudini alimentari scorrette determinate da valori culturali e per scarsa informazione. Ancora una volta, le donne migranti sono paragonate alle donne del Sud poiché dominate da "istinti" e dunque incapaci di un comportamento razionale:

So*no un po' sovrappeso rispetto alle italiane. Hanno più spesso problemi legati…ma perché nella loro cultura come le nostre donne meridionali se uno non mangia è sintomo di non star bene economicamente quindi quando stanno bene ingrassano. Io ne ho solo una magra sotto la media a cui abbiamo chiesto di ingrassare e questo è un dato culturale cioè hanno un'alimentazione…insomma non fanno la dieta mediterranea (ginecologo, centro infertilità).*

Nella letteratura medica nell'ambito della salute riproduttiva, l'obesità è considerata, insieme all'eccessiva magrezza, un fattore di infertilità. L'approccio medico considera la salute riproduttiva come aspetto collegato ad un'alimentazione equilibrata nella quantità e qualità: lo sviluppo sessuale è condizionato in modo negativo dall'obesità in quanto l'aumento del peso favorisce un ciclo mestruale irregolare ed è collegato ad alterazioni come la sindrome dell'ovaio policistico. Ridotto esercizio fisico, una vita sedentaria e un'alimentazione basata su cibi ricchi di zuccheri e grassi sono aspetti che favoriscono l'infertilità. Anche in questo caso, nell'interpretazione degli operatori non vengano riconosciuti i fattori economici che contribuiscono a favorire un'alimentazione sregolata come ad esempio gli orari di lavoro, la gestione complicata di compiti di cura e attività lavorativa.

[140] Indice di massa corporea (Body mass index) dato biometrico si calcola dividendo il peso per il quadrato dell'altezza (Ministero della Salute).

5.3.1 Il ruolo dei fattori strutturali nel ricorso alla PMA

In base all' articolo 1 della legge 40/2004, l'accesso alla PMA è consentito solo alle coppie che presentano una certificazione dello stato di infertilità formulata dal medico. La sterilità è causata da un fattore specifico o da un fattore ignoto ed è per definizione involontaria: sono escluse dal percorso le coppie in cui la donna abbia deciso di sottoporsi alla legatura volontaria delle tube.

Gli operatori, in merito alla questione dell'infertilità nelle donne di origine latinoamericana, dichiarano di riscontrare una maggiore incidenza dell'infertilità secondaria, fra cui esistono rari casi di sterilità volontaria. Come spiega il medico nell'intervista, nel contesto sanitario di origine predomina un atteggiamento paternalistico (le scelte delle donne migranti dipendono esclusivamente dal parere del medico) in un contesto tecnologico arretrato. È emersa una visione essenzialista ed etnocentrica che attribuisce alle donne migranti l'incapacità di prendere decisioni in autonomia, suddividendo così le pazienti in due gruppi contrapposti: Noi-Loro, moderni-arretrati, razionali-irrazionali.

> *Le centro americane e sud americane sono le uniche che spesso hanno già delle sterilità volontarie cioè hanno già fatto delle legature delle tube perché lì quando fai il secondo cesareo ti legano le tube, vengono qua le colombiane, le ecuadoregne, le peruviane e ti dicono mi hanno legato le tube ma l'hanno chiesto loro come contraccettivo ma a volte sono diventate sterili senza volerlo. Per il resto hanno le stesse cause di sterilità delle italiane […] Molte volte cioè sono persone che avevano già fatto figli al paese, poi si sono trasferite qua. Al paese avevano deciso di non fare più figli per cui hanno chiuso le tube che è una cosa che in Italia è rarissima. Lì c'è l'abitudine di farlo sia su richiesta della paziente sia per scelta del medico quando la paziente ha già fatto due o tre cesarei e quindi con una gravidanza avrebbe dei rischi aumentati. Di default viene proposto e fatto. Il problema è che una parte di queste pazienti poi si è trasferita qua, non con la famiglia magari ma si fa una nuova famiglia e il marito nuovo vuole un figlio e allora c'è il problema…[…] nel contesto latinoamericano, la sterilizzazione era una pratica diffusa"(ginecologo, centro infertilità pubblico).*

Un ulteriore ostacolo di tipo strutturale all'accesso alle tecnologie riproduttive per le donne migranti, è rappresentato dall'obbligo dei documenti di soggiorno. Per procedere all'intervento è necessario che entrambi i partner siano provvisti del regolare permesso di soggiorno:

> *Se una persona non ha il permesso di soggiorno, non ha la tessera sanitaria, se non quella d'emergenza. […] , esistono delle forme che coprono gli stranieri indigenti in questioni d'urgenza ma questo non può essere considerato un esame urgente, un esame salvavita. Infatti bisogna accertare sempre che tutti e due abbiano il permesso di soggiorno comunque che sia in regola da questo punto di vista sennò qui non possiamo fare niente. (Riguardo allo spermiogramma) In teoria da un privato sì, un esame cosi nella Sanità Nazionale costa magari 50 euro, da un privato 100, 120 euro, rimane comunque il fatto che lui può fare lo spermiogramma in privato ma non fa comunque il ciclo perché è coperto parzialmente dalla sanità*

nazionale per cui…se non esiste un partner maschile registrato, lei risulta come una donna single che fa una procreazione assistita che per legge non può fare perché deve essere una copia etero di sesso diverso, stabilmente convivente o coniugata(biologa, centro infertilità).

Qualora uno dei due partner sia privo di regolari documenti di soggiorno, la coppia è costretta a rivolgersi a centri privati fuori dalla Regione Liguria. Oltre ad uno spreco di risorse finanziare, tutto ciò implica, specialmente per la donna, una riduzione dell'attività lavorativa e una maggiore difficoltà nella gestione della cura dei figli. Le diverse caratteristiche relative all'organizzazione, alla posizione nel territorio e all'origine storica dei centri che offrono PMA, determinano possibilità di accesso e di esclusione di parte della popolazione alle tecniche riproduttive. Le prestazioni di PMA eseguite (I o II livello), i servizi di cura e prevenzione dell'infertilità variano da centro a centro. Ad esempio, l'accesso è gratuito nei centri pubblici[141] ma alcune prestazioni non vengono erogate (diagnosi preimpianto).

Secondo gli operatori[142], l'accesso degli stranieri nei centri pubblici di PMA è in continuo aumento in relazione ad alcuni fattori: la distribuzione dei centri pubblici e privati sul territorio genovese; la stabilizzazione delle donne migranti latinoamericane in loco; le iniziative istituzionali attuate per facilitare l'accesso alla salute riproduttiva, ad esempio, la possibilità di svolgere incontri informativi su questioni di salute riproduttiva potenziati attraverso programmi di collaborazione con le istituzioni politiche (Consolato dell'Ecuador).

Come è emerso dalla ricerca sul campo, anche l'orientamento religioso dell'ente ospedaliero condiziona l'accesso al centro che offre PMA, poiché influisce sulla disponibilità e la qualità delle prestazioni. L'orientamento religioso si riflette sulla struttura gestionale e organizzativa dell'ente ospedaliero regolando la disponibilità dei servizi di salute riproduttiva. Infatti, al Sant'Eugenio, le IVG non vengono effettuate ma l'intervento è eseguito presso l'Ospedale Santa Rita. Al contrario, si effettuano le interruzioni terapeutiche, oltre le 12 settimane, a seguito di un aborto spontaneo o di malformazioni diagnosticate nel feto:

Questo è un ospedale che ha una tradizione particolare. È un ospedale che nasce nel 1840 per curare gli stranieri che abitano a Genova. Se lei va nel nostro reparto metà delle infermiere non sono italiane. Abbiamo infermiere indiane, equadoregne, polacche, personale inglese, quindi adesso molto meno ma fino a trent'anni fa era tutto personale straniero. Parlano tutti almeno una lingua poi adesso è diventato ASL anche questo con delle caratteristiche multiculturali perché gli evangelici sono molto diversi dai cattolici

[141] In base alla legge 40/2004 l'accesso è a carico del Sistema Sanitario per le coppie conviventi/sposate, in età fertile, in regola con i documenti di soggiorno.
[142] Il Registro Nazionale PMA non fornisce dati sull'accesso delle persone straniere.

come apertura mentale. Puoi fare un'interruzione di gravidanza tranquillamente. Il Sant'Eugenio ormai non fa più niente ma fanno finta di mandarli qua, secondo me non fanno neanche più l'ambulatorio anche se hanno delle persone che non sono obiettori ma li tengono belli nascosti. Però qua normalmente in una settimana si fanno le interruzioni e si sono sempre fatte[…] La maggior parte dei medici qua non sono obiettori qui che è un'eccezione perché se via al Sant'Eugenio c'è la A., la M. che non sono obiettori poi gli altri tutti obiettori…che poi non sono obiettori per davvero eh sono obiettori perché fare le interruzioni non è un'attività piacevole, è giudicata di poco livello scientifico per cui nessuno le vuole fare! (ginecologo, centro infertilità).

L'orientamento religioso rappresenta uno strumento utile a facilitare l'accesso dei migranti mediante progetti finanziati dalla chiesa valdese, in collaborazione con le istituzioni. Dal 2013, l'Ospedale Santa Rita di Genova, in collaborazione con il Consolato dell'Ecuador, promuove attività di accoglienza e inclusione come "Finestra rosa", attraverso la sottoscrizione di un memorandum contro la discriminazione la violenza sulle donne e il femminicidio. Le attività introdotte si inseriscono in "quello spirito di accoglienza che è base e fondamento storico dell'Ospedale Santa Rita Internazionale, non disgiunto bensì correlato all'attività erogata in sanità[143]":

Tornando alle donne ecuadoregne, noi le abbiamo qui perché esiste un accordo con il Consolato, c'è stato un tentativo di accordo noi abbiamo invitato la console dell'Ecuador l'anno scorso. Quindi noi abbiamo parecchie pazienti ecuadoregne che vengono qua… Il fatto di essere un ospedale evangelico è determinante perché qui c'è una parte del personale che è straniero di origine. Abbiamo avuto un contatto specifico fra la Console dell'Ecuador e la nostra presidente, per quello che riguarda la ginecologia c'è un accesso privilegiato perché classicamente questo gruppo di persone non benestanti stanno tutte nei quartieri intorno a Sampierdarena e classicamente dal punto di vista parto andavano a Sampierdarena. Adesso dopo che c'è stato questo contatto più di un anno fa con il Consolato una parte sta shiftando verso Voltri (ginecologo e andrologo, responsabile reparto PMA)

Si presuppone, infatti, che la popolazione straniera non possa accedere alle informazioni di base nell'ambito della salute riproduttiva, perciò si ritiene necessario intervenire con indicazioni o segnalazioni da parte delle istituzioni. La scelta procreativa non è volontaria e autonoma perché le donne sono ritenute prive di strumenti adeguati. I latinoamericani sono percepiti come un gruppo omogeneo per classe sociale e cultura che non ha accesso alle informazioni sulla salute riproduttiva. Le parole degli operatori mettono in luce la presenza di una prospettiva riduzionista che da una parte tende a vittimizzare le donne latinoamericane, limitandone il ruolo attivo nelle scelte; dall'altra enfatizza il peso esercitato da fattori culturali. Come sostengono diversi studi (Tognetti Bordogna, 2013; Lagomarsino, Pagnotta, 2012; Krebbex, 2017; Rosas, Gayet, 2019) le percezioni degli operatori si fondano su un'immagine idealizzata della popolazione latinoamericana come un insieme

[143] Sito ufficiale Ospedale Santa Rita.

omogeneo in cui non esistono differenze di classe, capitale culturale, contesto socio-economico e percorso migratorio. Inoltre, i modelli di genere e sulla sessualità risultano fissi e immutabili, svincolati dal contesto di vita (Foner, 1975; Parreñas, 2004).

Dalla ricerca sul campo è emerso che gli operatori tendono a vedere le donne latinoamericane residenti a Genova come obbligate a rivolgersi ai centri pubblici per effettuare la PMA a causa di una condizione economica e professionale complicata, precaria ma inevitabile in quanto migranti. Le famiglie migranti latinoamericane si basano sul lavoro della madre (automaticamente considerata badante o colf) mentre il padre è assente o non è in grado di assumersi le proprie responsabilità genitoriali:

> *L'accesso degli stranieri è in continuo aumento…L'altro aspetto è che noi abbiamo una composizione della clientela che non rispecchia la popolazione in generale, noi abbiamo più stranieri qua di quanti ce ne siano fuori perché siccome è un centro pubblico e quindi gratuito. Sono convinto che se vai al "Novepuntobaby" (centro privato di Procreazione Medicalmente Assistita) in corso Torino non ci trovi tante equadoregne e albanese e sicuramente non ci trovi delle nigeriane perché secondo me non gli danno un appuntamento nemmeno quando telefonano. Prova a far chiamare una nigeriana vedrai che non glielo danno un appuntamento! Noi trattiamo un po' di tutto ma abbiamo una richiesta forte perché siamo un centro pubblico quindi vieni qua e paghi 36 euro di ticket e 22 la seconda volta e hai a disposizione me che voglio dire in studio prendo 200 euro per visitare una coppia e aspetti un mese per fare una visita con me. E uno perché dovrebbe andare in uno studio? Vai nel privato per fare prima e per non mischiarti con la gente che va nei centri pubblici. Quindi la gente che va al 9puntobeby è gente che ha fretta, gente che da noi sa che c'è da aspettare nove mesi per una fecondazione e se ho i soldi per pagare pago e chissenefrega […] Le classi sociali con income più basso, non necessariamente con livello culturale più basso, ma in condizioni economiche più basse sono obbligate a venire da noi. Da noi c'è sicuramente della gente che in un centro privato non può permettersi di andare perché il prezzo di una fecondazione privata è almeno 5000 euro e non è come l'appendice che uno paga e guarisce 99 volte su 100, la fecondazione funziona 25 volte su 100 quindi se la fa e spende 5000 euro 3 volte su 4 non hai il bambino, ecco è chiaro che non è una prospettiva semplice per una persona che vive di uno stipendio (ginecologo, centro pubblico PMA).*

Nell'Ospedale Policlinico Sant'Anna, in caso di pazienti stranieri, per facilitare la comunicazione è previsto un servizio di traduzione telefonico, non è contemplata la figura del mediatore linguistico culturale all'interno della struttura né di altre figure esperte nell'ambito delle relazioni interculturali. Nel centro di infertilità del Santa Rita ho riscontrato ugualmente la mancanza del mediatore linguistico culturale. Secondo il responsabile del centro, l'accesso e la comunicazione con i pazienti di origine latinoamericana sono facilitati dalla disponibilità di operatori della medesima nazionalità la cui presenza è agevolata dallo specifico orientamento religioso della struttura.

Durante la ricerca sul campo condotta all'interno del reparto di PMA dell'Ospedale Sant'Anna di Genova, il servizio di traduzione telefonica non è mai stato utilizzato sebbene risultasse estremamente

necessario nell'accoglienza e nella gestione delle numerose coppie di diverse nazionalità. Infatti, ho assistito a colloqui e visite ambulatoriali in cui il marito si proponeva nel ruolo di traduttore. Nel caso delle donne migranti latinoamericane spesso si presentano alle visite sole, senza il marito o accompagnate da parenti di genere femminile, madri, amiche, sorelle. Secondo gli operatori, le donne ecuadoriane e peruviane non presentano difficoltà nella comunicazione con il medico, sia per vicinanza culturale e linguistica che per un livello di integrazione superiore rispetto ad altre nazionalità. Spesso gli operatori non usufruiscono del servizio di traduzione linguistica perché lo considerano inutile o non efficace: in parte, perché la modalità di fruizione risulta complicata; in secondo luogo, si tende a sopravvalutare le competenze linguistiche delle pazienti; si prediligono soluzioni alternative considerate rapide e semplici (comunicare in lingua inglese, far tradurre il marito, richiedere intervento di un operatore madre lingua). In questi casi, come ho potuto notare sul campo, le conseguenze si ripercuotono sulle donne in cura che non riescono a comprendere pienamente le informazioni del medico e spesso non si sentono in grado di porre domande, chiarire dubbi o affrontare questioni etiche rilevanti.

L'accesso ai servizi nell'ambito della salute riproduttiva dipende da questioni strutturali legate alle politiche sanitarie nazionali (numero di posti letto, contratti di lavoro del personale sanitario, servizi di mediazione linguistico-culturale) ed è fortemente condizionato da aspetti simbolici legati alla comunicazione medico-paziente, alla percezione d'inclusione e alla fiducia trasmessa nei pazienti di origine straniera verso gli operatori e il sistema sanitario. Tali aspetti si configurano come centrali in quanto influiscono sull'efficacia del processo terapeutico.

Si tratta di aspetti materiali fortemente collegati agli investimenti sulla salute riproduttiva messi in campo a livello locale e nazionale che condizionano l'organizzazione (le negoziazioni sui contratti di lavoro del personale), implicano diversi tempi di attesa per il trattamento e determinano modalità non uniformi di erogazione dei servizi. Pertanto, l'accesso ai servizi può essere agevolato da un ambiente accogliente, in grado di trasmettere fiducia verso gli operatori, ad esempio la presenza stabile del personale medico e di un mediatore linguistico faciliterebbe la comunicazione medico-paziente. Viceversa, fattori legati all'organizzazione del reparto, ad esempio, la complessità affrontata per mettersi in contatto con il centro, in particolare, le modalità di comunicazione per via telefonica, specialmente nel caso di donne migranti, possono determinare incomprensioni e conflitti.

L'incapacità di rendere accessibili alla popolazione migrante le tecnologie riproduttive mette in luce un rifiuto di tipo strutturale da parte del sistema sanitario verso i migranti. Nelle indagini condotte in Ecuador sulla questione del ricorso alle tecnologie riproduttive, Roberts (2013, 2016a, 2016b) mette in luce il modo in cui le differenze legate alla classe, al genere e all'etnia di appartenenza

condizionano il percorso terapeutico determinando difficoltà nell'accesso alle informazioni, incomprensioni e conflitti nel rapporto con gli operatori e le istituzioni. Le esperienze narrate dalle donne rivelano, in alcuni casi, l'incapacità di reagire, di sollevare questioni, porre domande e riuscire a rifiutare procedure, esami, tecniche. In questo senso, all'interno di un sistema sociale diseguale, le istituzioni sanitari si configurano come risorse sociali il cui accesso riflette l'ordine sociale gerarchico fondato sul primato della "bianchezza delle élite" (Roberts, 2016).

5.3.2 L'accesso ai servizi nell'ambito della salute riproduttiva: contraccezione e IVG

Dal lavoro sul campo sono emerse differenze di status socio-economico e di origine delle pazienti che regolano la percezione di una maggiore efficacia delle tecnologie riproduttive (Cfr. Roberts, 2013, 2016b; Thompson, 2006; Rapp, 1998; Inhorn, Birenbaum-Carmeli, 2008). Secondo gli operatori, tale percezione, presente soprattutto nella popolazione straniera, è il risultato della combinazione fra basso livello culturale e scarso accesso alle informazioni che determina un atteggiamento di fiducia incondizionata nelle istituzioni e dunque il ricorso alle tecnologie riproduttive:

> *Riguardo alla percezione dell'efficacia sicuramente queste coppie hanno più aspettative cioè pensano magicamente che siamo più bravi di quello che siamo in realtà. Più è basso il livello culturale, più è sicuro che con la fecondazione riesca a rimanere incinta. Tu gli dici guarda che a 40 anni funziona 10 volte su 100 cadono dal pero…ma anche l'italiana. L'italiana lo sa si è informata su internet. L'italiana media arriva qua che è già andata sui siti sui forum, viene con un sacco di idee sbagliate che poi toglierle è un disastro ma così è oggi la medicina qui. L'atteggiamento medio degli stranieri è di maggior fiducia nell'istituzione (ginecologo, centro di infertilità).*

Tra gli operatori incontrati sono emerse visioni discordanti rispetto all'idea della comunità latinoamericana come entità omogenea. Alcuni sottolineano le trasformazioni in corso nell'ambito della salute riproduttiva, in relazione a nuovi modelli di genere realizzati nel nuovo contesto socio-culturale di vita e rispetto alla generazione precedente. In questa prospettiva, con la migrazione le donne acquisiscono automaticamente una maggiore libertà di scelta, indipendenza e l'accesso alla modernità (Pinelli, 2019; Ong, Collier, 2005). Dalle testimonianze degli operatori emerge che le donne latinoamericane accedono ai servizi di salute riproduttiva e alle informazioni in modo più costante rispetto alla generazione precedente. In relazione al percorso migratorio, al contesto socio-culturale di riferimento e alla classe sociale, si possono notare rotture e continuità rispetto alla generazione precedente, anche se l'accesso alle informazioni e alle cure nell'ambito della salute riproduttiva è in aumento, la responsabilità dei comportamenti riproduttivi e sessuali è sempre femminile (Ong, Collier, 2005; Mahler, Pessar, 2006; Parreñas, 2000). Gli operatori non hanno notato

differenze rispetto alla popolazione italiana: le donne migranti si rivolgono al centro per una visita ginecologica di controllo, eseguono screening prenatali, pap-test. Sebbene siano presenti casi di IVG fra le latinoamericane, si osserva una diminuzione rispetto al passato mentre riguardo alla componente maschile, gli operatori hanno riscontrato un incremento nel numero di visite andrologiche effettuate dagli uomini di origine latinoamericana o figli di migranti nati in Ecuador o Perù.

La testimonianza di un operatore mette in luce i motivi che portano le donne con esperienze di infertilità a non rivolgersi allo psicologo del consultorio. Infatti, la PMA è considerata un percorso complesso e si notano molte difficoltà nella coppia, a livello pratico (spese economiche destinate alla PMA) ed emotivo. Il fenomeno del rifiuto del sostegno psicologico può essere interpretato all'interno di un contesto in cui la priorità è risolvere il problema concreto, organico, seguendo il complicato percorso biomedico. Inoltre, il fatto di parlare di infertilità con un esperto significa, per la donna, ammettere una condizione disfunzionale, dichiarare di essere diversa dalle altre, di avere un problema, rompere il tabù del silenzio sull'infertilità (Parisi, 2017):

> *È una terapia complessa e costosa (PMA) in cui la tendenza è lasciare da parte l'aspetto psicologico mentre tentano di risolvere il problema, anche nel rapporto di coppia, anche nella pratica. E c'è una sofferenza per la donna, per la coppia, anche per una questione economica a livello pratico. Parti che quello risolve il tuo problema, perché hai necessità di potenziare l'idea che facendo queste cose risolvi il problema. Arrivi a chiedere sostegno solo dopo un percorso difficile e infruttuoso che ti lascia esasperata e hai bisogno di un sostegno. Però all'inizio la necessità è negare il problema perché i figli dovresti farli e se ti rivolgi alle cure vuol dire che non ci riesci e ti sembra complicato e ti senti diversa. Perché comunque lo psicologo non lo vedi come un sostegno ma qualcuno da cui vai se stai male (psicologa, consultorio privato).*

Riguardo agli effetti del ricorso alle tecnologie riproduttive sulla vita della coppia, in particolare rispetto alla separazione fra sessualità e riproduzione, gli operatori notano una diversa gestione della sessualità e l'attribuzione di un significato differente in base al genere e al contesto socio-culturale di origine (Krebbex, 2017; Duncan, Edwards, Alexander, 2010; Rosas, Gayet, 2019). In questo senso, modelli diversi di sessualità implicano molteplici modi di affrontare la questione riproduttiva. Secondo il parere di una ginecologa, per le donne latinoamericane la sessualità è controllata, strettamente legata alla riproduzione mentre per gli uomini prevale l'idea di una sessualità "libera" svincolata ai fini della procreazione. Per questo motivo, non è possibile per le donne separare la vita sessuale da quella riproduttiva in quanto il femminile risulta biologicamente determinato dal mandato della maternità:

La vita sessuale va a farsi benedire quando inizia la vita riproduttiva: la donna non riesce a distinguere le cose, è legata alla riproduzione la parte sessuale, è difficilissimo per la donna. E l'uomo non l'accetta questa cosa […] Ma qua da noi in Europa si fanno meno rapporti, la sessualità è vista più liberamente che in Sud America anche se pensiamo che Brasile e Sud America c'è un pudore pazzesco ma cominciano ad avere rapporti a 15 anni, sono paesi maschilisti in cui se un uomo vuole avere un rapporto è difficile che la donna si neghi, la maschilità deve essere vista come potenza sessuale. Per loro piuttosto è lui che dice la bugia che ha più rapporti (risposta all'interrogazione del medico per compilare la cartella clinica). Nella contraccezione lavorando anche all'AIED le vedi le gravidanze a 15 e 16 anni e l'Ecuador è una comunità chiusa adesso iniziano le terze generazioni però anche così i fidanzatini sono chiusi mentre noi siamo aperti anche se culture diverse, siamo più aperti, invece loro no. Avrai visto tutte le coppie ecuadoriane, li vedi essendo un paese maschilista è quello (ginecologa, centro privato infertilità).

Nel caso specifico delle pratiche di interruzione della gravidanza, dai discorsi degli operatori sanitari emerge l'idea implicita che la scelta di abortire sia legata ad una superficialità della donna latinoamericana. In questa prospettiva stigmatizzante, la donna è percepita come debole e sottomessa al marito, all'interno di un modello di relazioni di tipo machista in un cui emerge il dominio del maschile nella gestione delle relazioni sessuali e nella contraccezione. Viceversa, le donne latinoamericane che decidono di non ricorrere alla pratica dell'IVG, il discorso medico attribuisce tale atto al senso di colpa provato di fronte alla famiglia e alla comunità, o indotto da influenze religiose proprie del contesto socio-culturale di origine. Tali visioni dominanti sembrano negare il ruolo attivo delle donne nella scelta di ricorrere o rifiutare l'IVG, escludendo la possibilità che la donna possa scegliere in autonomia di volere o meno un figlio.

All'interno di un approccio culturalista, le pazienti di origine latinoamericana sono ridotte a vittime inconsapevoli di un sistema economico diseguale che si articola a livello mondiale. Le donne latinoamericane sono viste tutte come lavoratrici nel settore domestico e di cura in cui affrontano condizioni frustranti e pesanti che incidono negativamente sulla salute riproduttiva:

Secondo me il dato interessante da analizzare è il numero di interruzioni terapeutiche fra le IVG perché il tipo di vita, la condizione in qualche modo influiscono sulla salute della mamma e anche sulla salute del feto. Sarebbe interessante vedere quante interruzioni di gravidanza e quante terapeutiche. È importante il dato sulle interruzioni terapeutiche… anche perché il bambino è grosso o metti le candelette per provocare un aborto, diversamente devi indurre un parto. La legge 194 stabilisce la differenza. Viene tutelata la salute della mamma.

Che cosa intende per stile di vita? Quali condizioni influiscono maggiormente?

Sai se io faccio la badante e dormo 4 ore a notte e sono incinta magari rischio di fare un aborto terapeutico intorno alle 16/17 settimana. Quindi dentro le interruzioni terapeutiche ci sta l'aborto spontaneo che è un dato molto interessante da prendere in considerazione, da analizzare perché su questo c'è il fatto che o la donna ha fatto dei casini per procurarsi l'interruzione e quindi poi viene qua e deve fare il raschiamento,

e quindi si è procurata un'interruzione di gravidanza, oppure c'è veramente una perdita del bambino per condizioni non idonee allo stato clinico della donna e del feto. Fra le IVG c'è l'aborto terapeutico perché si presenta una situazione tale per cui devi far abortire la donna oppure spontaneo perché la donna perde spontaneamente il bambino (assistente sanitaria, dirigente, ospedale pubblico).

Il discorso medico si esprime con toni allarmistici sulle IVG, la percezione è alterata: un'alta percentuale di aborti che non è confermata dai numeri; un'immagine di donna priva di potere, sottomessa al maschile. L'IVG è interpretata sulla base di due concezioni opposte: espressione di questioni culturali o atto inconsapevole legato alla religione cattolica, esito di condizioni di vita degradanti. Dalle testimonianze raccolte emerge una prospettiva di culturalizzazione delle disuguaglianze sociali (Pedone, 2014; Lagomarsino, Pagnotta, 2012): si enfatizza un'immagine omogenea e uniformante di donna migrante in posizione subalterna, indipendentemente dallo status socio-economico, dalle forme di famiglia e dal percorso migratorio presenti fra le stesse migranti.

Dalle testimonianze raccolte è emerso il tema dell'ipersessualizzazione delle donne migranti come effetto di processi di etnicizzazione della sessualità (Krebbex, 2017; Rosas, Gayet, 2019; Lagomarsino, Pagnotta, 2012). L'attività sessuale è vista come pratica femminile strettamente legata al valore attribuito alla riproduzione all'interno del contesto socio-culturale di origine. Nei casi di gravidanze precoci e IVG spesso i discorsi politici e mediatici tralasciano le concrete condizioni di vita della donna nella migrazione: lo status socio-economico, il livello di istruzione, la storia familiare e riproduttiva. Al contrario si enfatizza il ruolo svolto dall'appartenenza culturale e religiosa nell'orientare le scelte riproduttive in base ad un approccio essenzialista che esclude dall'analisi il ruolo attivo delle donne migranti e le implicazioni della politica riproduttiva globale (Ginsburg, Rapp, 1995; Roberts, 2016).

5.3.3 Le trasformazioni nei comportamenti riproduttivi: il calo delle nascite

Secondo gli operatori, in un contesto di origine in cui i figli hanno il compito di legittimare l'unione della coppia, l'impossibilità di procreare è percepita come un problema grave per le donne e gli uomini latinoamericani. In particolare, in un contesto ad elevata fertilità segnato da profonde disuguaglianze di genere, la donna si trova in una posizione subalterna con l'obbligo di assolvere il compito riproduttivo per ottenere una forma di riconoscimento sociale. Al contrario non c'è traccia della percezione della maternità per le donne come una risorsa che consente l'acquisizione di status sociale ed economico.

Rispetto alle trasformazioni nell'ambito dei comportamenti riproduttivi fra le generazioni, gli operatori riferiscono un aumento dell'età riproduttiva femminile, una riduzione notevole del

fenomeno delle gravidanze precoci e un andamento della natalità costante nel tempo e contrario rispetto alla popolazione italiana residente nel territorio genovese. Rispetto alle prime generazioni, le giovani donne sperimentano nuove forme di relazioni di genere grazie ad un processo di modernizzazione e assimilazione al modello di relazioni di genere e di maternità dominante nel contesto di arrivo. Nel discorso dominate, la migrazione femminile stravolge l'organizzazione familiare ribaltando i modelli di genere e la divisione dei ruoli fra maschile e femminile. Si pensa, infatti, che con la migrazione le donne ottengano una maggiore autonomia rispetto al contesto di origine in cui prevale una visione dei modelli di genere basata sull'oppressione del femminile e il dominio del maschile.

Dalle testimonianze degli operatori è emersa l'idea di una rottura nel modello di maternità e di famiglia sperimentata dalle donne latinoamericane residenti. Secondo gli operatori, diversamente dalla generazione precedente e dalle italiane, per le donne migranti, la forma di famiglia dipende dalla condizione economica e dalla cultura di appartenenza. La storia individuale di migrazione e la storia familiare, la classe sociale di appartenenza, il livello di istruzione raggiunto non appaiono aspetti rilevanti nell'orientare le scelte procreative delle donne latinoamericane in contesti di migrazione:

> *Sicuramente fanno meno bambini rispetto a un tempo, a quando è iniziata questa migrazione però il fatto è che si sono adeguati alla nostra società. Hanno capito che fare quattro figli in Italia in base alla nostra economia non è possibile. Hanno forse dato la prevalenza alla situazione economica, come il nostro sud un tempo servivano le braccia facevano tanti figli, negli anni poi…chi ha una cultura media e chi ha un lavoro, un ceto medio lo fa per vivere meglio, forse perché abbiamo più esigenze è una società diversa.*
>
> *I: Rispetto alle loro mamme?*
>
> *Hanno meno figli, a volte hanno un figlio in Ecuador e ne fanno un altro qua perché hanno cambiato compagno, però anche loro non ne fanno più tanti (ostetrica, reparto maternità, ospedale).*
>
> *Secondo me è un paio d'anni che c'è un calo, anche l'anno prima, o stanno più attente o si sono più integrate, decisamente sono due o tre anni il dato del numero delle nascite è in calo, il 2012 su 62 gravidanze 20 erano ecuadoriane che coincide con il dato dell'ospedale il 20 25% sono straniere. Negli ultimi anni c'è stato un calo delle nascite in tutta la Liguria, […] quindi quello che è cambiato decisamente sono le persone che vengono sono forse più africane che sud americane, credo che sia forse un aumento dell'integrazione, […] la crisi ok pero gli stranieri quando arrivano qua hanno una percezione della crisi che non è come la nostra nel senso che loro vengono da paesi in cui fanno molta fatica quindi qua è sempre meglio che nel loro paese. Quindi io credo che ci sia più un aumento di integrazione, nelle abitudini, nei costumi anche perché siamo abbastanza affini sono un paese cattolico, su alcune cose si ritrovano abbastanza, forse perché ci sono sempre più generazioni che sono nate qua e quindi sono proprio più integrate in tutto nel nostro sistema (ginecologa, consultorio pubblico).*

Nell'ambito dei cambiamenti che interessano i comportamenti riproduttivi, il fenomeno del calo delle nascite nella popolazione migrante latinoamericana è considerato dagli operatori sanitari l'esito di processi di modernizzazione e di assimilazione al modello riproduttivo dominante (Decimo, 2018; Gribaldo, 2018). In questa prospettiva, nel nuovo contesto di vita le donne assumono comportamenti moderni e razionali come la contraccezione ormonale e pianificano le nascite; dal punto di vista degli operatori sanitari, le donne straniere inserite nel nuovo contesto di vita acquisiscono in modo automatico le pratiche adottate dalla popolazione autoctona. L'inserimento sociale e lavorativo delle donne latinoamericane, favorito da una presunta vicinanza culturale, in particolare legata alla religione cattolica e alla stabilizzazione, contribuisce a trasformare i comportamenti riproduttivi verso un modello di famiglia adeguato alla società di accoglienza.

Sulla base della nozione di politica culturale della riproduzione proposta da Rapp e Ginsburg (1995), Krause (2001; 2012) mostra come il sapere prodotto dalle scienze demografiche, circolando con l'aiuto dei media, informa concretamente ideologie legate al genere, alla razza e alla classe. Il discorso dominante in Italia raffigura il fenomeno della bassa fecondità come espressione di irrazionalità negando in questo modo, i cambiamenti avvenuti nella vita quotidiana delle donne che riguardano le condizioni materiali e lo spostamento di valori simbolici. Nell'ambito dello studio dei comportamenti riproduttivi, Krause (2001, 2012) suggerisce di allargare il focus critico agli studi sulla popolazione per comprendere le conseguenze concrete della produzione di un sapere che si traveste da scienza neutrale e Verità (cfr. Greenhalgh, 1995b; 2003; d'Aloisio, 2017; Ranisio, 2012). L'ideologia dominante si basa sull'idea di famiglia "controllata" e razionale, di forma ristretta, in cui si esercita direttamente il potere nella costruzione di una soggettività femminile. Secondo Krause (2001, 2012) la pratica di realizzare indagini statistiche rappresenta uno strumento diagnostico per monitorare il benessere socio-economico del corpo politico nazionale. Nel discorso dominante, il fenomeno della bassa natalità manifesta un tipo di modernità le cui logiche sono state ribaltate. Si diffonde l'idea che certi tipi di procreazione come la scelta del contenimento delle nascite, rappresentino comportamenti razionali: la capacità riproduttiva viene disciplinata dal soggetto stesso per ottenere il raggiungimento di obiettivi a lungo termine. Mentre la riduzione delle nascite rappresenta una risposta razionale secondo le predizioni di Malthus riguardo ad un sovrappopolamento disastroso, la rappresentazione di un trend negativo delle nascite e l'enfasi sui risultati delle indagini demografiche interpretano la bassissima fertilità come segno di irrazionalità. Secondo Krause (2001), la retorica sul calo della natalità indica il fatto che le donne siano coinvolte nel difficile rifiuto della genitorialità. Nel discorso politico e mediatico, le donne stanno rifiutando la responsabilità di rinnovare la Nazione: tali pratiche sono considerate una malattia sociale, una patologia da curare. La scelta delle donne di essere una produttrice piuttosto che in primo luogo riproduttrice è indice di un disastro: la responsabilità delle

donne si collega ad un immaginario collettivo che riduce tale fenomeno ad un'epidemia. In questa prospettiva, afferma Krause (2001) le pratiche di "fare famiglia" sono legate alle aspettative sociali che riguardano l'educazione adeguata dei figli e la rispettabilità della classe media. L'ideologia di classe si combina con l'ideologia di genere per modellare le decisioni delle donne riguardo al numero giusto di figli da desiderare e mettere al mondo. L'ideologia dominante sulla famiglia controllata, razionale e ristretta, esercita il suo potere direttamente sulla costruzione della soggettività e dell'identità sociale. Nei racconti dei media il discorso sulla bassa natalità è contrapposto alla crescita della popolazione migrante e riflette, rafforza paure circa l'estinzione della razza italiana e la scomparsa della cultura europea. Le proiezioni sulla crescita zero alimentano percezioni distorte che generano paure verso i migranti. L'analisi della potente costruzione di conoscenza portata avanti dai demografi, sostenuta dai media, unita alle esperienze vissute dalle donne, permette di evidenziare il legame fra il giudizio della società sulle pratiche riproduttive e l'ideologia di genere, razza e classe (Krause, 2001).

5.3.4 Forme di maternità e famiglia migrante: gravidanze precoci, maternità tardiva e ricomposizioni familiari

Nell'ideologia materna il legame biologico madre-figlio è indispensabile per consentire la crescita e il benessere del figlio (Badinter, 1981; Rapp, 1998, 2001; Paxson, 2003; Lock, 1998). Tale approccio sembra sottendere logiche culturali e morali che appartengono a un modello riproduttivo dominante basato sul legame biologico e la responsabilità femminile. Per questo motivo le donne latinoamericane che ricorrono alla PMA per avere un secondo figlio con un nuovo compagno sono descritte come egoiste e cattive, madri "snaturate". Nel discorso medico sono emerse dinamiche di colpevolizzazione della maternità migrante: non esistono le condizioni oggettive per realizzare una maternità adeguata e corretta (Lagomarsino, Pagnotta, 2010, 2012). L'età e le condizioni economiche sono un fattore determinante: si colpevolizzano delle madri che in età tardiva affrontano un secondo matrimonio e desiderano un figlio. All'interno del paradigma della "buona madre" (Banditer, 1981) le donne latinoamericane non possono essere madri adeguate perché non possiedono le condizioni economiche e familiari necessarie a garantire il benessere del figlio.

> *Dieci anni fa quando c'è stato il boom delle badanti latinoamericane ecuadoriane e peruviane soprattutto, ovviamente sono venute da sole e poi c'è stato il fenomeno dei figli lasciati la e quelli venuti qua. Il discorso dei gruppi, dei latinos, le bande sono il frutto di questo sradicamento familiare dove la mamma che è il focolare è sparita, è venuta qua a fare qualcosa, e abbastanza frequentemente si sono rifatte una famiglia o comunque una vita sentimentale diversa dove poi questo figlio arrivava e doveva fare i conti con una famiglia diversa, trovava la mamma all'interno di un nucleo familiare diverso da quello e immagina il*

casino nella testa di questo bambino, ragazzino, adolescente, l'adolescenza che è definita una malattia, quindi... (dirigente ospedaliero).

Secondo gli operatori, per le donne latinoamericane la maternità assume il significato di un destino naturale, non è né un evento romantico né una scelta consapevole e libera. Rispetto alle relazioni e ai ruoli di genere, le donne latinoamericane sono percepite dagli operatori come gruppo oppresso: il matrimonio e la maternità appaiono espressioni della volontà maschile. I comportamenti riproduttivi sono legati al controllo maschile sulla sessualità, si nega il fatto che la maternità possa rappresentare un'occasione concreta per sfuggire al controllo della famiglia, ottenere maggiore autonomia ed assumere lo status di adulto. L'idea di maternità naturale, presentata dal linguaggio biomedico sostenuta dai media, considera la sessualità una pratica con fini riproduttivi nel quadro del matrimonio e della famiglia eterosessuale (Pedone, 2014):

Gli uomini ecuadoregni non fanno un cazzo, bevono e basta, sono tremendi e picchiano. La scelta non è mai personale ma perché deve accomodare diverse cose. Questi lavorano e mantengano la famiglia qua e la famiglia in Ecuador e poi spesso hanno due famiglie, una qui ed una in Ecuador, è normale che sia così. Le figlie di queste donne figliano molto presto perché vogliono uscire di casa, perché vogliono l'autonomia, è capitato di minorenni che poi abortiscono per scelta, qualcuna l'ha portato avanti poi l'ha abbandonato, ma noi non le seguiamo, se viene in ambulatorio di ginecologia la segnaliamo al Tribunale dei Minori e poi la affidiamo al consultorio, per le visite, per la psicologa, per fare un percorso di capacità di comprensione di cosa vuole fare di questo bambino perché può abortire entro una certa data o può farlo nascere e abbandonarlo perché la legge italiana lo consente e si chiama donna che non consente di essere nominata per cui tu vai in ospedale e lasci questo bambino (dirigente ospedaliero).

Inoltre, secondo gli operatori la comunità latinoamericana si caratterizza per profonde disuguaglianze di genere: le donne appaiono come gruppo omogeno al suo interno, incapaci di autodeterminarsi, vittime del marito, abbandonate o picchiate dal compagno. La maternità è un evento assolutamente normale, naturale per le donne latinoamericane che sono percepite come in possesso di un istinto materno superiore alle donne italiane. La maternità migrante non è programmata e quindi è sempre subita e indesiderata. La lontananza dalla famiglia rimasta nel contesto di origine non rappresenta un ostacolo per la formazione di una famiglia. Al contrario, le donne migranti spesso delegano la cura dei figli a vicini di casa, alle amiche dimostrando scarso senso di responsabilità genitoriale e una fiducia inspiegabile negli altri. La maternità è vissuta in modo pragmatico, meno problematico dalle donne migranti che sembrano possedere qualità materne innate, sono naturalmente madri aderendo a modelli appresi nel contesto culturale di origine. Allo stesso modo, la capacità pratica nell'allevare i bambini, sottolineata dagli operatori, sembra enfatizzare l'immagine di donna coraggiosa, guerriera che affronta le difficoltà senza timore, in accordo con l'idea di donna pioniera della migrazione. Si

tratta di donne in grado di allevare bambini piccoli senza difficoltà mentre dimostrano scarse capacità nel periodo adolescenziale:

> *Sono persone (le donne di origine latinoamericana) più pratiche di noi, ho seguito donne da sole abbandonate dal compagno che hanno avuto una due tre figli, in un paese straniero e che se la sono comunque cavata, nel senso molto pratiche. A volte sono anche molto giovani ma hanno questo istinto di maternità che è superiore al nostro, questo proprio per educazione, per cultura loro, la loro maternità è molto anticipata rispetto alle nostre abitudini quindi avere un figlio a vent'anni per loro è una cosa assolutamente normale per noi un po' meno, ma anche meno di vent'anni, quindi le ragazzine rinunciano a un sacco di cose però lo fanno come se fosse nel loro DNA ci sta, è una catena, mia mamma l'ha fatto. Sono molto pratiche molto capaci nell'immediato, non si fanno prendere da problemi come un po' le nostre mamme, non dico tutte, però forse abbiamo troppe aspettative, la donna italiana ha troppe aspettative ci mette dentro fin troppo, l'ha programmato da non so quanto e poi magari va decisamente in ansia o in crisi se il bambino piange non dorme o che altro mentre le donne straniere… […] Nel senso che comunque è abituata a farsi aiutare, la nonna, l'amica, la cugina, anche se è in un paese straniero forse ha quasi più appoggio di una donna italiana che in certe situazioni si trova veramente da sola, nel senso che tutti lavorano o hanno da fare, partorisci poi però sei a casa da sola, tuo marito ritorna a lavorare, tua mamma magari sta ancora lavorando e quindi tu non te lo aspetti di dover affrontare certe problematiche perché avere un bambino è la cosa più bella del mondo idilliaca rose e fiori e in realtà non è così. […] Quando hanno l'appuntamento lasciano il bambino alla vicina di casa che facilmente è una del loro paese… […] loro hanno questa facilità in più di noi… cioè sono molto più pratiche, molto brave con i bambini soprattutto piccoli, poi quando crescono allora iniziano le vere difficoltà ma con i bambini piccoli sono molto più brave di noi (ginecologa, consultorio pubblico).*

Nelle percezioni degli operatori, è interessante notare la prevalenza di un'immagine mitizzata delle famiglie latinoamericane come una massa uniforme senza sfumature: i modelli delle relazioni di genere e la sessualità sono svincolati da differenze di status socio-economico, capitale culturale, contesto di vita, percorso migratorio. Nel discorso medico emerge una rappresentazione generalizzata della famiglia migrante caratterizzata da padri assenti e poco responsabili mentre le madri hanno un ruolo forte. È emersa una visione negativa del ricongiungimento: i figli vengono ricongiunti in età adolescenziale, un periodo considerato critico, una "malattia" e ciò aggrava la loro condizione di fragilità; la partenza della madre coincide con la disgregazione della famiglia che provoca un trauma nei figli; i figli abbandonati dalla madre sono a rischio criminalità e droga; le donne che migrano lo fanno per egoismo, desiderio di libertà e di farsi una nuova famiglia con un nuovo partner.

5.3.5 Forme di religiosità e donne migranti

Il ruolo della religione cattolica nell'orientare le pratiche riproduttive e sessuali delle donne migranti è sopravvalutato da parte degli operatori, è dato per scontato e naturalizzato. Infatti, le donne

latinoamericane sono descritte come un gruppo uniforme, stabile per appartenenza religiosa e pratiche (Lagomarsino, Pagnotta, 2010, 2012). Nonostante nel discorso dominante si enfatizzi il peso esercitato dalla dottrina tradizionale, rispetto alla questione della procreazione assistita, è emersa la diffusione di una dinamica di negoziazione dell'appartenenza religiosa (Rapp, 1998; Roberts, 2006; Paxson, 2003). Per le donne che ricorrono alla PMA il riferimento a Dio è sempre presente ma la funzione delle fede viene negoziata in relazione alla condizione della donna.

Le testimonianze raccolte esprimono l'idea che, nel caso della popolazione latinoamericana, l'appartenenza religiosa informi i comportamenti riproduttivi in modo automatico e totalizzante. I latinoamericani appaiono profondamente legati alla religione che regola ogni aspetto individuale e sociale, pertanto non sembrano possedere un pensiero razionale, autonomo. L'immagine prevalente è quella del migrante come vittima passiva della tradizione religiosa, incapace di adottare un comportamento razionale.

Il discorso medico tralascia i seguenti aspetti: in primo luogo, il cattolicesimo non è l'unica religione professata; gli operatori non considerano la diversa posizione rispetto alla PMA da parte della chiesa cattolica e dalle chiese protestanti valdesi e metodiste. Rispetto alla PMA, in particolare, protestanti calvinisti, valdesi e metodisti presentano posizioni liberali opposte rispetto alla chiesa cattolica, sulla base di due aspetti: il principio di autodeterminazione e la libertà di coscienza, il concetto di vita.

Riguardo ai fedeli cattolici, gli operatori non si interrogano rispetto alla forma di religiosità messa in atto che appare legata a valori tradizionali o a modelli occidentali. In questo ambito, ritorna il paragone con la popolazione del Sud Italia:

> *La religione sicuramente può condizionare la scelta di maternità come nella donna italiana, un po' come nel nostro sud senza voler offendere ma non c'è paragone laggiù siamo a livelli incredibili, i preparativi per le celebrazioni religiose in quei paesi sono incredibili e quindi se l'apporto religioso è così forte è ovvio che influisca. Non credo che le condizioni economiche abbiano influito perché sennò ritornano. Ci sono molti che dopo aver lavorato sono tornati in Ecuador con il loro gruzzoletto ne ho sentiti più di uno, quelli che sono qua e hanno un figlio lo fanno perché sono legate ai loro valori e questo esula dalla crisi, se vuoi mettere su famiglia magari ti limiti nel numero (ginecologa, consultorio).*

Per gli operatori il ruolo della religione varia in relazione all'appartenenza culturale: nel caso delle donne sudamericane la riproduzione è espressione della volontà divina, per questo motivo accettano passivamente le prescrizioni dei medici, non fanno domande sugli effetti delle tecniche sulla salute della donna e del feto, non chiedono i dettagli delle procedure. Al contrario, le donne italiane cattoliche sono informate, istruite e hanno sviluppato un pensiero critico sulle pratiche di PMA, non si fidano ciecamente del medico ma fanno molte domande in particolare sulle implicazioni etiche

delle tecniche, sulle conseguenze sul feto. Secondo il parere degli operatori si tratta dell'effetto dell'ignoranza che interessa in modo assoluto e irreversibile il gruppo latinoamericano. Tutto ciò denota una scarsa conoscenza delle pratiche riproduttive per impossibilità di accedere alle informazioni a causa di uno scarso livello di istruzione:

> *Spiegare cosa vuol dire una fecondazione in vitro a uno straniero è diverso da italiano non per la lingua ma proprio il modo di parlare. L'italiano ti dice si però l'embrione…magari…provo a spiegarti: due cattolici praticanti uno italiano e l'altro sudamericano. Se tu spieghi a un italiano loro dicono sì però l'embrione è vita non so se lo voglio congelare, io per motivi morali non lo faccio, ma prima della fivet io faccio un'inseminazione, non posso avere rapporti per questa cosa dell'artificiale... A un cattolico praticante del Sud America: va bene se Dio vuole se Dio è d'accordo lo facciamo non c'è problema, ma possiamo congelare e va bene ok, l'ovodonazione...eh vabbè se non possiamo fare diversamente qualcuno aiuterà… è una questione più della comunità, non so se è legato a un'ignoranza culturale però è proprio visto diversamente, la religione è totalmente diversa. Mentre un italiano ti dice sì però dopo i 35 anni è vero che questa tecnica può portare problemi al bambino, problemi di trisomia di malati mentali ma non è che diventa… l'idea…ti chiedono proprio se può nascere con problemi mentre l'italiano ti dice sì però…(ginecologa, centro privato PMA).*

Rispetto al pensiero dell'istituzione cattolica riguardo alla PMA, è emerso dalle opinioni degli operatori sanitari come le coppie di religione cattolica non sembrino seguire le indicazioni ufficiali della chiesa cattolica romana. In particolare, riguardo agli embrioni creati in laboratorio, alcune coppie non acconsentono alla crioconservazione in accordo ai dettami dell'istituzione cattolica e in quanto ritenute forme di vita devono essere tutelati:

> *L'aspetto religioso, si, talvolta, devo dire che se dovessi definire la percentuale di cattolici sulla base delle coppie sembrerebbero una percentuale del tutto esigua se dovessero seguire i dettami della chiesa, rispetto staticamente alla quantità di coppie, allora sì, ci sono. Qualcuno, ad esempio, è contrario al congelamento degli embrioni e quindi noi non li congeliamo perché la chiesa cattolica dice che non si possono congelare gli embrioni (biologa, centro infertilità).*

In generale, dalle testimonianze raccolte, è evidente la diffusione dell'idea che la chiesa cattolica non sia contraria alla PMA perché in ogni caso, il fine delle tecniche è la creazione di una vita, considerata "dono di Dio". Allo stesso tempo, emerge fra gli operatori di fede cattolica la necessità di avere conferma che le pratiche svolte non siano contrarie alla volontà di Dio:

> *È andata (operatore sanitario) a chiedere al confessore se non stesse facendo qualcosa contro la volontà di Dio e lui le ha detto secondo me no, perché qualsiasi cosa che favorisce la nascita di una vita è considerabile bello e buono agli occhi del Signore, per cui lei ha detto va bene sono contenta perché anch'io la pensavo cosi ma volevo essere sicura (biologa, centro pma).*

Secondo l'ipotesi critica formulata da Mohanty (2003) e ripresa da Pinelli (2019), lo sguardo etnocentrico adottato per descrivere le donne del Terzo Mondo produce una rappresentazione distorta delle donne migranti come gruppo omogeneo e privo di potere, vittima dei sistemi sociali, occultando in questo modo, la complessità dei posizionamenti e l'eterogeneità delle esperienze. L'esplicitazione e l'enfasi posta sull'oppressione delle donne configura la pozione del margine come luogo di privazione, non riconoscendo le diverse forme di resistenza al potere. Dall'analisi delle parole degli operatori sanitari incontrati durante la ricerca sul campo, emergono alcuni elementi principali: la sostituzione e scomposizione della categoria analitica "donne del Terzo Mondo" con la classe "donne latinoamericane"; la compressione delle molteplici forme di esclusione femminile all'interno del patriarcato; l'occultamento delle forme di discriminazione connesse alla classe sociale, sessualità, orientamento religioso Mohanty (2003). Tali elementi "annullano la realtà materiale e storicamente specifica dei gruppi e delle singole donne" ed esprimono una tendenza colonialista che consiste nell'appropriazione "della pluralità dei posizionamenti della donne" contribuendo a "porle fuori dalla storia, senza guardare alle modalità con cui esse sono costruite attraverso le strutture mascherando anche le diverse forme di agency a cui danno vita" (Pinelli, 2019:27-29).

5.4 Le procedure biomediche tra normatività e efficacia simbolica

Le pratiche mediche in ambito riproduttivo, ricorda Parisi (2007: 44-45), hanno determinato due aspetti: la suddivisione della generazione in tre momenti (fecondazione, gestazione e parto) (Godelier, 2004; Collin, 2001); la frammentazione della parentela in "sequenze isolabili e ricombinabili in vario modo; fecondazione, gestazione, educazione" (Collin, 2001: 179). Sulla base dei dati raccolti all'interno del reparto di PMA, è emerso che la fecondazione, come la nascita, può essere dunque interpretata come conseguenza di una codificazione simbolica come emerge dalle parole di un operatore: "*La mentalità nei confronti della PMA è cambiata in generale quindi non deve essere considerata l'ultima spiaggia ma è una modalità per cercare di ottenere un obiettivo e molte coppie arrivano a farlo (ginecologa, centro infertilità)".*

La fecondazione e la nascita sono inserite "in un tessuto fitto e rituale" che si compone di cerimonie: dal primo colloquio orientativo con la coppia, agli esami obbligatori, alle istruzioni relative all'intervento di prelievo degli ovociti, all'esame su sangue della beta hCG. Ogni fase della liturgia della fecondazione assistita induce a credere "di aver posto tecnologicamente un argine al mito del pericolo" (Duden, 2000: 121), serve per eludere la paura di essere infertile, per scongiurare il timore profondo della propria incapacità di concepire. Come nel caso del parto medicalizzato, la scelta di ricorrere alle tecnologie di procreazione assistita sottoponendosi ad un rischio aggiuntivo per la salute, si configura per molte donne come l'unica possibilità. Rispetto al passato, la fecondazione, la

gestazione e la nascita non sono più un "fare" consapevole che appartiene alle donne ma rappresentano un momento di crisi che può essere superato in modo efficace e sicuro grazie ai servizi medici offerti (Duden, 1994, 2000, 2006; Davis Floyd, 1987; Davis Floyd, Davis, 2013).

L'impiego di procedure standardizzate sulla nascita, in un ordine preciso, secondo Duden (2000: 122), realizza una liturgia tecnologica contemporanea che crea convinzione. Nella seconda metà del XX secolo, da evento culturale che si svolgeva fra donne (partoriente-levatrice), il parto è diventato lo spazio d'azione della professione medica in cui si stabilisce un'interazione fra il corpo della donna e l'istituzione medica tecnicamente attrezzata. I rituali medici perinatali assumono una funzione epistemica che modifica la consapevolezza, crea significati, comportamenti e concettualizzazioni. Si tratta di una concezione che "limita la comprensione del parto al rischio correlato all'evento, rende la gravida responsabile dell'amministrazione del rischio e quindi la partecipazione a quelle cerimonie diventa per la gravida un obbligo" (Duden, 2000: 123). La storia della medicalizzazione della gravidanza riflette la struttura della modernizzazione. Infatti, nel secondo dopoguerra, scompare la pratica del parto come azione etica fra donne, per lasciare spazio alla nascita come un servizio fornito da terzi. In base all'idea di un miglioramento razionale, i servizi di assistenza alla maternità diventano "una necessità socialmente ovvia, a cui ha diritto ogni donna, garantita dalla pubblica assistenza sanitaria" (Duden, 2000: 125). In questo contesto, occorre indagare i modi in cui "la nascita si trasformava da cultura collettiva femminile ad atto di sistematica amministrazione umana" (ibidem). La rottura è individuata nel rapporto fra nascita e modernità: la liturgia della nascita tecnologica crea nuovi miti.

Come ricorda Gianfranca Ranisio (2012), molti studi hanno messo in luce che la rappresentazione del corpo femminile come corpo naturalizzato e oggettivato è alla base della medicalizzazione della gravidanza, dell'infertilità e della procreazione. A partire da questa visione del corpo, Emily Martin, Robbie Davis-Floyd a Barbara Duden hanno analizzato la medicina occidentale come espressione del "modello tecnocratico della nascita" (Ranisio, 2012: 12). Concentrandosi sui significati attribuiti dalle donne ai processi riproduttivi, Martin (1991) esamina gli effetti della concezione meccanicistica del corpo ponendo attenzione alla percezione di frammentazione e di separazione fra il sé e il corpo. In particolare, nell'ambito della gravidanza e del parto, la metafora del corpo femminile come macchina difettosa induce a considerare il ruolo della donna come passivo mentre è il medico a dover assumere decisioni e intraprendere azioni. Infatti, secondo Jordan (1984), il sapere biomedico sul quale è fondato il modello tecnocratico della nascita, si configura come sapere autorevole che impone la standardizzazione delle procedure, l'esclusione delle sensazioni delle donne dal processo diagnostico e terapeutico, la classificazione della partoriente come paziente. Inoltre, a fronte degli alti rischi di patologia presenti nel periodo compreso tra concepimento e parto, il rifiuto delle pratiche di

medicalizzazione della gravidanza da parte delle donne è considerato indice della mancanza di senso di responsabilità (Davis Floyd, Davis, 2013; Ranisio, 2012). Le tecnologie biomediche producono principalmente tre effetti: la costruzione del feto come realtà separata, la medicalizzazione della gravidanza e la scomparsa della donna dal processo riproduttivo. Secondo Rothman il paradigma tecnocratico della nascita si fonda sul principio di separazione: "la storia dell'ostetricia occidentale è la storia delle tecnologie di separazione. Abbiamo separato il latte dal seno materno, le madri dai bambini, i feti dalla gravidanza, la sessualità dalla procreazione, la gravidanza dalla maternità. Alla fine ci è rimasta l'immagine del feto come di un essere solitario. che galleggia liberamente come l'uomo nello spazio, con il cordone ombelicale che sembra tenere al guinzaglio un'imbarcazione di placenta e la madre invece ridotta allo spazio vuoto che circonda tutto ciò" (cit. in Davis Floyd e Davis, 2013: 1)

Davis Floyd e Duden si focalizzano sui rituali performativi e mitopoietici che accompagnano le procedure biomediche relative alla nascita. Nella letteratura antropologia si sottolinea che la nascita rappresenta un processo biologico, allo stesso tempo oggetto, in ogni cultura in modo diverso, di un'intensa socializzazione. Il diverso contributo dell'uomo e della donna al concepimento, lo spazio sociale del parto, le tecniche adottate, e le prescrizioni definiscono la formazione dell'identità tramite pratiche rituali che hanno il compito di inserire l'individuo all'interno di un ordine sociale. Riprendendo le considerazioni di Van Gennep (1909), l'analisi di Davis- Floyd (1987, 1994) mostra i modi in cui la nascita può essere considerata un rito di passaggio che si compone di alcune fasi precise. Si tratta infatti di una situazione che implica un cambiamento di status per la donna e per il nascituro. Per questo motivo, in ogni società vengono attivate celebrazioni pubbliche finalizzate al riconoscimento collettivo di tale modificazione sociale. I riti di passaggio, secondo Van Gennep, si strutturano in tre fasi: separazione, transizione e reintegrazione. In una prima fase, come accade nei confronti dello straniero, il bambino viene separato dal contesto di origine tramite procedure particolari (ad esempio il taglio del cordone ombelicale); a ciò segue un periodo di liminarità a cui corrispondono pratiche finalizzate alla protezione del bambino e della madre che rappresentano simbolicamente l'acquisizione di un nuovo stato sociale. Successivamente, madre e figlio vengono reinseriti nella comunità attraverso rituali di aggregazione. I rituali messi in atto per la nascita contribuiscono al sostegno dei membri della società che sperimentano un momento di transizione e allo stesso tempo, rinforzano l'inscrizione dell'individuo nel contesto sociale circostante. Attraverso la partecipazione al rito, si esprime dunque la necessità di trasformare ogni individuo in un "essere umano" secondo precise immagini prodotte da ciascuna cultura in base ai propri valori e alle proprie visioni del mondo (Remotti, 1997; Turner, 1976; Turner, 1977). Con riguardo alla medicalizzazione della nascita, Davis Floyd (1987) afferma che le donne vengono iniziate attraverso il parto alla cultura

dominante basata sulla supremazia della scienza, della tecnologia e del patriarcato. Allo stesso modo, il trasferimento della fecondazione all'interno dell'ospedale, tramite l'introduzione delle tecnologie di procreazione assistita, ha prodotto una proliferazione di rituali tecnocratici che hanno contribuito a trasformare il concepimento in un "fenomeno tecnologico relativamente controllabile" (Greenhalgh, 1994:675). In questa prospettiva, le procedure biomediche standardizzate sono interpretate come pratiche rituali che modellano la percezione producendo un senso di fiducia nelle tecniche. Si diffonde la credenza che l'applicazione corretta delle procedure consenta di generare figli sani. All'interno del modello tecnologico della cura, le donne che si sottopongono alle tecniche percepiscono il passaggio da condizioni di pericolo ad una situazione di sicurezza. Inoltre, l'incorporazione del mito tecnocratico da parte delle donne contribuisce a riprodurre l'idea che il corpo femminile sia intrinsecamente difettoso (Davis Floyd, 1987, 1994; Ranisio, 2012; Davis Floyd, Davis, 2013; Bonfanti, 2012).

Un ulteriore aspetto che concorre a spiegare l'incremento delle tecniche di PMA consiste nell'affermarsi dell'individualismo, della privatizzazione e delle razionalità scientifica (Di Nicola, 2019; Taylor, 1991; Devereux, 1965; Han, 2013). La ricerca sul rapido aumento del ricorso alle tecniche di PMA condotta da di Nicola (2019) origina da due osservazioni: la promessa implicita di realizzare attraverso le tecnologie riproduttive il sogno di pianificare e controllare "one's progeny" (ibidem, 131); la promessa di avere un figlio quando e come si vuole. Nel discorso mediatico e commerciale sulla riproduzione assistita, la tecnologia è presentata come uno strumento in grado di superare qualsiasi problema nel processo riproduttivo: il sapere scientifico risolve i fallimenti della natura, quali l'infertilità. Inoltre, si enfatizza la grande libertà di scelta e il potere di decisione degli adulti.

Di Nicola (2019) descrive le caratteristiche e l'impatto sociale prodotto dall'immaginario sociale costruito sulla PMA. Si tratta di tecniche potenti perché basate su conoscenze scientifiche oscure alla popolazione media che definiscono un rapporto medico paziente di tipo asimmetrico in cui il medico è l'esperto in assoluto. Inoltre, le conoscenze mediche sono presentate come eticamente neutre, per questo motivo le coppie infertili pensano di poterle escluderle solo per gravi motivi finanziari o scrupoli morali. Infatti, le nuove pratiche procreative non sono viste come alternativa in opposizione alle tecniche tradizionali ma sono considerate simili perché possiedono lo stesso fine ovvero ottenere un figlio desiderato. Inoltre, il figlio assume un valore sempre positivo in un contesto sociale caratterizzato dall'invecchiamento della popolazione e dal calo delle nascite. Fra le coppie il desiderio di avere un figlio è talmente potente che può superare difficoltà d'accesso legate a difficoltà economiche e questioni morali. In particolare, nel discorso mediatico e commerciale sulla PMA si

accentua l'idea che esistono nuove possibilità nell'ambito della riproduzione in grado di assicurare maggior libertà di scelta per le coppie.
Le tecnologie riproduttive permettono il passaggio dal desiderio legittimo di un figlio all'idea di un "figlio del proprio desiderio" tramite la diffusione dalla convinzione che tutto sia possibile con i soldi e che la maternità debba essere un diritto assoluto. Infatti, tra le motivazioni che spingono a ricorre alla pratica della riproduzione assistita esistono due modi diversi di valutare il potenziale e i limiti delle tecniche: come diritto riservato alle coppie con problemi di infertilità, basato sul contributo volontario di donatori esterni, oppure come diritto assoluto che comprende il pagamento per il materiale riproduttivo. Il crescente numero di coppie che fanno ricorso alla PMA evidenzia il passaggio dall'individualismo al narcisismo: il contesto sociale è irrilevante e le forze economiche sembrano pervadere anche la procreazione, un ambito finora tralasciato. In questo modo, si produce un nuovo immaginario sulla riproduzione che determina l'aumento della PMA e rinforza l'enfasi posta dai media sull'efficacia e il potenziale delle tecniche.
Nell'immaginario sociale dominante la PMA comprende strumenti capaci di soddisfare il desiderio di un figlio anche per chi non può averne, si diffonde l'idea che la pratica dell'adozione non sia una valida alternativa perché considerata complicata o rappresenta una compravendita legalizzata di bambini. In questo modo, il senso comune sulle pratiche contribuisce a informare le pratiche stesse: se la tecnologia prende il posto della natura, i figli diventano una merce dal valore di mercato e il desiderio di un figlio biologico a tutti i costi diventa tale proprio grazie all'offerta della PMA. L'enfasi posta sui diritti assoluti individuali può trasformarsi in una forma di narcisismo che esclude o usa gli altri per scopi personali: la relazioni di coppia perde importanza e il ruolo specifico del femminile solleva gli uomini da ogni responsabilità sul trattamento, esclusivo impegno femminile del trattamento. Il corpo femminile diventa oggetto di sapere medico, controllato in modo pervasivo, totale e crescente. Avere un figlio è un diritto che deve essere garantito dallo Stato indipendentemente dall'età e dalla posizione del soggetto nel ciclo di vita.

A fronte della Sentenza 162/2014 della Corte Costituzionale che definisce la maternità un diritto incoercibile, per le donne migranti rimangono disparità nell'accesso ai servizi di diagnosi e cura dell'infertilità. Clelia Bartoli (2012), nel suo lavoro sul razzismo in Italia, esamina il processo di costruzione delle disuguaglianze ad opera di leggi, procedure e atteggiamenti razzisti, concentrandosi sul tema del razzismo istituzionale quale complesso di norme e politiche che tracciano una netta divisione fra cittadini-italiani/immigrati-stranieri. La discriminazione istituzionale si sviluppa a partire dagli anni Novanta in Italia e si traduce nella netta distinzione fra chi possiede diritti e chi possiede incerte e precarie concessioni. Bartoli propone di distinguere fra atteggiamenti e azioni di

persone appartenenti alle istituzioni e ordinanze, leggi nazionali alle quali corrispondono molteplici forme di razzismo di stato. Fanno parte del primo gruppo le dichiarazioni razziste delle autorità e di uomini delle istituzioni rivolte ai migranti e gli atteggiamenti discriminatori di funzionari o impiegati dei pubblici servizi. Il comportamento pregiudiziale di medici, agenti di polizia, insegnanti, e avvocati, è un'espressione meno evidente del razzismo di stato: persone incaricate di garantire un diritto sancito dalla Costituzione in realtà realizzano l'intento discriminatorio di norme e provvedimenti finalizzati al consolidamento della superiorità e alla conservazione dei privilegi. Esiste poi il razzismo espresso delle leggi nazionali che riduce i diritti della popolazione straniera e rinforzano lo stereotipo negativo del migrante quale criminale, clandestino. Numerose sono le leggi che possiedono un'esplicita intenzione discriminatoria, tra queste la disciplina relativa alla cittadinanza, soprattutto per i minori, e le norme riguardanti l'ingresso nel Paese si rivelano di particolare gravità. Il pregiudizio etnocentrico e la discriminazione delle istituzioni entrano in relazione per strutturare la realtà: la legge discriminatoria pervade la società e organizza la percezione dei corpi, gli effetti si misurano in privilegi e svantaggi in relazione al gruppo nazionale di appartenenza.

Nel rapporto fra servizi sanitari e donne migranti, il grado di accessibilità e di fruizione nell'ambito della salute riproduttiva dipende dalla normativa e dalle politiche sanitarie, dai modelli culturali e organizzativi dei servizi, dalla "competenza culturale" dei servizi cioè la capacità di rispondere in modo adeguato a specifiche richieste di salute. In particolare, l'accesso alle prestazioni di procreazione assistita è condizionato dalla presenza di barriere amministrative e organizzative. In questo quadro, la regolarità dei documenti di soggiorno è una condizione necessaria per l'accesso, mentre a livello organizzativo, la mancanza di flessibilità del servizio rispetto alle fasce orarie e i giorni di apertura del centro (chiusura al pomeriggio, al sabato mattina e durante le festività estive e natalizie) limita e rende complicata l'accessibilità per alcune tipologie di lavoratrici straniere. Inoltre, l'assenza di un mediatore linguistico-culturale rappresenta un ostacolo rispetto all'accessibilità del servizio per la popolazione migrante. Infine, il grado di fruibilità dei servizi è direttamente collegato all'eventuale presenza di barriere comunicative che fanno riferimento all'ambito culturale e interpretativo.

Dalla ricerca sul campo è emerso che le coppie non vengono aiutate nella decisione di intraprendere o meno il percorso di cura, nella gestione dello stress durante il percorso né in caso di fallimento. Le conseguenze di una complicata comunicazione medico-paziente si riflettono sull'efficacia del trattamento e diventano evidenti nel caso delle donne migranti, ad esempio nelle situazioni di blocco, negli atteggiamenti ambivalenti riguardo al percorso terapeutico o di dipendenza dalle tecniche.

Nonostante La legge 40/04 disponga l'obbligo del servizio di sostegno psicologico e di consulenza gratuiti per le coppie infertili, si nota una fruizione molto scarsa del servizio da parte dei pazienti infertili, in particolare di origine latinoamericana. Secondo il parere degli operatori ciò è dovuto a questioni strutturali relative all'Azienda Ospedaliera (disponibilità limitata dell'operatore che deve gestire diversi reparti) ma anche per una scarsa ricettività rispetto alla consulenza psicologica da parte dei pazienti stessi dai quali è vista come una valutazione per individuare eventuali difetti, segni di inadeguatezza che confermino l'impossibilità di diventare genitori.

In questo quadro, la normativa sulla PMA, le politiche sull'infertilità, le caratteristiche strutturali, il tipo di gestione e di organizzazione dei servizi di salute riproduttiva, incidono sull'accesso e la fruizione dei servizi. Allo stesso modo, le logiche implicite di cui gli operatori sono portatori, legate ad una visione stereotipata ed etnocentrica dell'identità delle donne migranti e all'ideologia naturalistica della maternità si configurano come processi che regolano il ricorso, la capacità di fruizione dei servizi e incidono sull'efficacia terapeutica intrecciandosi con le caratteristiche del soggetto e i modelli culturali rispetto alla cura, alla malattia, al mondo.

Il primo colloquio ha una funzione orientativa per la coppia e serve per instaurare una relazione di fiducia con il paziente. La comunicazione è un aspetto fondamentale, spesso trascurato, implica capacità di ascolto e comprensione. Soprattutto in casi di prognosi negativa è importante per gli operatori condividere il processo terapeutico con il paziente, considerando anche il suo punto di vista sulla malattia. Nel periodo di ricerca partecipante presso il reparto di Fisiopatologia della Riproduzione dell'ospedale Sant'Anna di Genova, ho assistito a numerosi primi colloqui in cui il medico si occupa di redigere una scheda completa e dettagliata in termini clinici ma raramente ho notato uno spazio di riflessione sui motivi del ricorso, sulla storia riproduttiva, familiare e di migrazione della donna, sulle relazioni di coppia. Inoltre, non si raccolgono informazioni sul contesto socio-culturale di origine e di vita, sulla condizione socio-economica, il livello di istruzione e la professione svolta dalla donna e dal partner.

Durante l'osservazione partecipante in ospedale e mediante l'analisi dei diari clinici delle pazienti migranti di origine ecuadoriana e peruviana ho riscontrato come alcuni aspetti vengono tralasciati mentre si enfatizzano dati relativi all'età femminile avanzata e il numero di figli come aspetti legati a dinamiche di ricomposizione familiari valutate come incompatibili con la scelta di ricorrere alle tecnologie riproduttive. Allo stesso modo, è emersa una visione allarmistica di specifici comportamenti: le pratiche di aborto, gravidanze precoci, infezioni genitali e abitudini alimentari scorrette sono evidenziate come questioni vincolate a fattori culturali. In alcune situazioni, il colloquio si svolge con eccessiva rapidità, la diagnosi appare affrettata e superficiale, il medico non

considera la dimensione della sessualità, la diseguale relazione di potere nelle coppia, la storia familiare, il contesto di vita. Nelle logiche degli operatori sessualità e riproduzione sono aspetti legati al diritto alla salute riproduttiva. Nelle logiche degli operatori si enfatizza la prospettiva medica sulle pratiche sessuali che nega la rilevanza della dimensione del benessere e del piacere.

Durante la ricerca sul campo ho notato che, nel rapporto con le donne di origine straniera, alcuni operatori sanitari presentano un'idea progressista di autodeterminazione del femminile: la scelta di rivolgersi al servizio di cure per l'infertilità si configura come uno spazio di libertà e di autonomia del femminile, utile a compensare un rapporto diseguale o di oppressione vissuto con il partner. I medici sottolineano il desiderio di autonomia delle donne migranti che accedono ai servizi di PMA come segno di un comportamento appreso nel nuovo contesto di vita caratterizzato da rapporti di genere basati sull'uguaglianza e sul principio di autodeterminazione. Il ricorso alla PMA nelle donne straniere viene percepito come espressione di indipendenza rispetto agli obblighi, vincoli e soprusi del contesto familiare di origine: gli operatori sanitari confermano la prospettiva riduzionista che il percorso migratorio sia garanzia si accesso diretto alla modernità. La migrazione permette automaticamente l'accesso alla modernità e l'emancipazione, in base ad una prospettiva riduzionistica.

All'interno del reparto di infertilità dell'ospedale, la presenza di migranti provenienti da orizzonti culturali diversi riflette le dinamiche di trasformazione che interessano la nostra società. Si tratta di persone portatori di identità multiple, rappresentano nazionalità e lingue diverse, pensano in modo diverso la cura, la malattia, la sofferenza. Gli operatori raccontano di situazioni di malinteso e incomprensioni nel rapporto con i pazienti di origine straniera. In questi casi, l'ostacolo linguistico non sembra sufficiente a spiegare la difficoltà di relazione ma occorre prendere in considerazione alcuni aspetti legati al contesto socio-culturale di origine e di vita. Affermare il ruolo della differenza culturale nel rapporto medico- paziente non porta ad adottare un approccio culturalista: non si tratta di ridurre la complessità delle relazioni ed i comportamenti ad effetto culturale; ma di privilegiare un approccio etnoclinico: evidenzia gli effetti positivi sulla relazione di cura, prodotti dall'esplicitazione della visione del paziente e le teorie e le logiche dell'intervento medico.

Nell'ambito della letteratura etnoclinica (Bouznah, Lewertoski, 2014), le situazioni di infertilità sono viste come momenti critici in cui i soggetti attivano modelli culturali di visione del mondo spesso impliciti che nel confronto con gli operatori sanitari e con i servizi proposti possono generare incomprensioni e situazioni di blocco del processo terapeutico. Per questo motivo, a partire dall'accesso ai servizi sanitari, si ritiene necessario un approccio che metta in relazione le diverse visioni della salute, della malattia e della cura di cui sono portatori gli operatori e i pazienti

promuovendo l'esplicitazione e il confronto tra esse mediante il dialogo e la comprensione delle procedure diagnostiche e terapeutiche. Per migliorare la capacità di fruizione dei servizi e l'efficacia del processo biomedico è necessario favorire la partecipazione e la condivisione del paziente rispetto al percorso di cura favorendo una negoziazione dialogica fra saperi e visioni del mondo (Coppo, 2003, 2013; Coppo, Faranda, Pisani, 2013).

Secondo Bouznah e Lewertoski (2014), in ambito clinico è necessaria l'introduzione del dispositivo di mediazione al fine di facilitare la comunicazione mediando fra le conoscenze tecniche degli operatori e i saperi nascosti dei pazienti. In questo senso, Pisani (2014) afferma che in ambito clinico la mediazione fra mondi di appartenenza diversi si configura come uno strumento utile a "rendere visibili le facce nascoste della malattia", un dispositivo indispensabile a far emergere i modelli interpretativi in cui si inserisce la malattia.

Il dispositivo clinico della mediazione si costruisce sui pilastri della antropologia medica e dell'etnopsichiatria. Nell'analisi proposta da Good (1998) la malattia è il risultato di una costruzione culturale che esiste in relazione alla visione dominante, per questo motivo la medicina non è l'unica interpretazione possibile e la cultura è indispensabile per definire la malattia come realtà.
Dal momento che pazienti e medici sono depositari di un modello culturale che definisce il senso della malattia, le situazioni di blocco, le incomprensioni sono legate ad un fallimento nella negoziazione dialogica fra le visioni del mondo di cui sono portatori (Kleiman, 1978).

Nel campo dell'etnopsichiatria, Devereux (1970, 1972) ha posto le basi teoriche per lo sviluppo del metodo complementarista in psicoterapia. Il nuovo metodo associa il discorso biomedico ad un'interpretazione più ampia sulla malattia fornita dal paziente e dalle persone a lui vicine. Per Devereux i fenomeni umani sono oggetto di due discorsi complementari fra loro: il primo basato sulla psicoanalisi, l'altro sull'antropologia. Passando dalla psicoterapia al campo medico, si tratta di integrare la disciplina biomedica e l'antropologia nel tentativo di sviluppare una nuova interpretazione sull'evento malattia. Tobie Nathan, allievo di Devereux, è considerato il precursore di una nuova pratica in psicoterapia fondata sulla presa in carico del paziente all'interno di un dispositivo di gruppo in cui il processo terapeutico avviene attraverso la lingua materna (Nathan, Stengers, 1995). In questo quadro, si è resa possibile la realizzazione della consultazione interculturale che rappresenta una forma di mediazione con l'obiettivo di trovare soluzioni alla sofferenza negoziando tra le visioni culturali di medici e pazienti.

dall'applicazione del dispositivo della procreazione assistita emergono "idee e concetti che finiscono per istituirsi come oggetti culturali attivi" (Coppo, 2010: 77), i "fatticci" che scaturiscono dai laboratori e dagli ambulatori di pma sono entità attive che condizionano il comportamento e "fanno

fare" (Latour, 2000). nell'incontro fra medico e paziente si mettono in campo i mondi immateriali di cui entrambi sono portatori che prendono il nome di culture: "i contesti, i paesaggi, gli insiemi di oggetti materiali e immateriali che si generano nelle storie dei gruppi umani in relazione con ciò che li circonda" (Coppo, 2010: 78). le situazioni di blocco, i comportamenti ambivalenti delle donne e i casi di rifiuto indiretto hanno origine nel momento in cui gli "invisibili" di un gruppo sono considerati come gli unici veri.

A partire da una presa di coscienza del doppio sguardo dell'operatore che si colloca fra appartenenza professionale e personale, emerge la necessità di una riflessione critica sul sapere e i limiti della medicina per costruire uno spazio di incontro fra medico e paziente che consenta di sviluppare relazioni di fiducia, stima e collaborazione. Considerando l'impossibile neutralità dovuta alle posizioni profondamente asimmetriche nella relazione di cura fra medico e paziente, la mediazione in ambito clinico si pone come un atto impegnato e militante: il ruolo del mediatore consiste nel far emergere il punto di vista del paziente e del terapeuta, creando ponti che favoriscano la comprensione reciproca delle logiche e delle teorie che regolano i rapporti sociali e le visioni del mondo.

CAPITOLO VI

Percezioni e pratiche dell'infertilità fra le donne migranti latinoamericane

Nel presente lavoro etnografico presento le testimonianze di diverse donne latinoamericane che vivono esperienze di infertilità, nel tentativo di evidenziare la molteplicità dei modi in cui si affronta tale "frattura riproduttiva" e le strategie messe in atto per ricomporre lo scarto tra il desiderio di diventare madre e la diagnosi di infertilità di coppia. Nelle indagini condotte da Rapp (1998, 2001, 2011), Roberts (2013, 2016), Franklin (1995, 2013) e Thompson (2015, 2016), le esperienze vissute dalle donne che ricorrono alle tecnologie riproduttive rivelano, da una parte, una continuità dialettica fra mandato sociale della maternità e agency individuale mentre dall'altra mettono in luce alcuni nodi critici della maternità e del suo "doppio imperfetto" (Mattalucci, 2017: XXIV). Alcune donne sperimentano il rifiuto della genitorialità e una maternità "non naturale", in opposizione al ruolo sociale assegnato e alle pratiche socialmente imposte come connesse tramite l'istinto materno all'essere donne e dunque madri. L'infertilità assume il significato di una frattura riproduttiva e morale che presenta non solo cause di tipo organico ma mette in luce fattori sociali, politici, economici e simbolici: esprime lo scarto fra norme giuridiche e morali e desideri, riflette le forze strutturali che agiscono nella quotidianità, è il risultato di un accesso differenziato alle risorse economiche, sociali, cognitive e biomediche (Rapp, 1998, 2001; Ginsburg, Rapp, 1991; Mattalucci, 2017).

6.1 Esperienze di fecondazione assistita tra normatività, tabù e desiderio

Ada, di origine ecuadoriana, 43 anni, laureata in economia e commercio, segretaria a Guayaquil in uno studio di ingegneri, è arrivata in Italia nel 2000, ha lavorato come baby sitter, badante, colf. Tra il 2003 e il 2008, ha avuto 3 figli maschi nati con parto cesareo, in due diversi ospedali genovesi. Soffre di pressione alta e non può assumere una terapia ormonale, per cui decide di andare in Ecuador per legare le tube:

> *Sì un giorno, ero là in vacanza…visto che io soffro di pressione alta e gli anticoncettivi mi facevano salire la pressione quindi ho detto per non avere questi disturbi mi taglio le tube. È stata dolorosa perché poi mi sono trovata in una struttura che non mi hanno proprio curata bene perché poi mi si è riempito di pus sulla*

ferita e quando sono venuta qua ho avuto i punti che non avevo tolto e me li hanno tolti qua. E poi ho cominciato, dopo che le ho tagliate, a pensarci: ho fatto uno sbaglio perché poi sì adesso potevo provare ad avere la femmina… perché io cercavo la femmina. Allora di lì ho cominciato, ho chiesto prima nel mio paese sì sì sì si può fare però lei deve stare più tempo qua e allora ho detto no proviamo là e abbiamo provato qua e non ho potuto fare niente poi la mia ginecologa guarda vai a Monza che lì c'è la clinica privata e loro mi hanno fatto…(fecondazione) in vitro (Ada, 43 anni, ecuadoriana).

Nel 2013, il più piccolo dei suoi tre figli muore a 4 anni nel sonno. In seguito, si scopre che si è trattato di miocardite acuta. Ada decide di rivolgersi presso il centro pubblico di infertilità di Genova ma non viene ammessa al trattamento a causa della sterilità di tipo volontario. Dalle parole dei medici riportate da Ada, emerge l'idea che coloro che hanno già avuto dei figli e hanno scelto di legarsi le tube, non siano come le altre donne, non hanno ugualmente diritto di riprodursi. Come sostiene Varea (2008: 142) "le donne non hanno la possibilità di affermare che vogliono essere di nuovo madri". Per questo, gli operatori suggeriscono di non procedere sulla base della convinzione che non sia una scelta autonoma e consapevole della donna ma l'effetto di una cultura tradizionale che considera la nascita di un secondo/terzo figlio come "il coronamento del matrimonio[144]". Ada racconta l'esperienza vissuta nei centri pubblici di infertilità a cui si è rivolta:

"lei ci manca di rispetto venendo a chiedere qui di fare un figlio quando ne ha già due… lei deve sapere questa è una pratica che deve essere fatta insieme tutti e due, sempre, di mutuo accordo, lei e suo marito. Deve sapere che dovete anche andare avanti e indietro all'ospedale, con chi lascia i suoi figli? perché qua è lungo…""Ma lei ha avuto 3 figli e dice (il dottore) "ma non le sembra che questa è una mancanza di rispetto nei confronti delle mamme che non hanno più figlie?!" Io sono rimasta proprio… va bene, le dico grazie e sono andata via. Io sono andata alla S (centro privato) e prima mi ha fatto parlare con una psicologa e poi fanno fare tutta la pratica" (Ada, 43 anni, ecuadoriana).

In questo caso, la coppia è costretta a rivolgersi a centri privati che permettono l'accesso senza limiti di età e tipo di infertilità. Inizia così un percorso di ricerca di maternità complicato e costoso per la donna.

Oltre alla normativa in materia che nega l'acceso alle donne con sterilità volontaria, emerge un forte pregiudizio verso la pratica di legatura delle tube che riflette e riproduce stereotipi di genere. Infatti, nel discorso medico la sterilizzazione non viene considerata come una scelta consapevole: da un lato assume la forma di una pratica legata ad un contesto sociale arretrato, dall'altro esprime il rifiuto della donna a procreare, un atteggiamento egoistico, da punire.

Cristina 28 anni, ecuadoriana, è arrivata in Italia nel 1994 all'età di 7 anni insieme alla famiglia. Racconta di aver avuto un figlio da una precedente relazione che oggi ha 6 anni. Il desiderio di un'altra

[144] Espressione usata di un operatore sanitario durante un'intervista.

gravidanza con il nuovo compagno emerge in relazione all'idea che una maggiore distanza fra i figli favorisca la gestione dei compiti di cura e lavorativi. Così Cristina, dopo qualche mese di rapporti non protetti senza concepimento, decide di rivolgersi ad un consultorio privato per accertamenti dove le consigliano di ricorrere ai servizi di cura e prevenzione dell'infertilità offerti nel centro di PMA dell'ospedale Sant'Anna. Durante il primo colloquio con il medico vengono prescritti alla coppia alcuni esami preliminari obbligatori tra i quali lo spermiogramma:

> *Quando ho deciso di togliere la spirale avevo questa illusione perché ho avuto 5 anni la spirale o detto magari ci vuole un po' ma poi ho fatto gli esami sono andata all'AIED ho tolto la spirale e loro mi hanno detto "sì se volete un bambino però non è detto che arrivi subito perché comunque devi aspettare almeno 6 mesi e poi dopo sei mesi decidi". E niente sono… vediamo cosa possiamo fare e mi ricordo che sono stata all'AIED e lì mi hanno detto "guarda al centro del Sant'Anna sono bravissimo vai lì e lì, ti fanno l'iscrizione e tutto e ti seguono per un eventuale ciclo di PMA". Infatti, abbiamo fatto così, siamo andati, abbiamo fatto tutto e loro ci hanno spiegato gli esami da fare e ci hanno spiegato con le figure il procedimento, magari parlando dici ah sì carino ma vederlo e ti spiegano come viene fatto come funziona è una cosa che dici wow! (Cristina, 28 anni, ecuadoriana).*

Inizialmente, i medici decidono di eseguire uno spermiogramma e scoprono una azoospermia.

> *Lui magari pensa che magari trovo un altro o anche lui non è che sia un 40 enne e io gli dico guarda che io se non ne ho uno non è che ti dico arrivederci…semmai mi tengo il mio bambino gli dico guarda nonostante il mio percorso io comunque per il nostro rapporto ci tengo ad aver qualcosa di nostro che ci unisca ci tenga più legati, credo che lo tranquillizza, lo rassicura un po'(Cristina, 28 anni, ecuadoriana).*

A questo punto, la coppia decide di sottoporsi subito al trattamento di PMA facendo ulteriori indagini diagnostiche per l'uomo. Nel frattempo scoprono che è impossibile procedere con la prescrizione degli esami obbligatori, in quanto al compagno di Cristina non è stato concesso il rinnovo del permesso di soggiorno. In questo caso, durante il colloquio informativo, il medico non ha comunicato alla coppia che l'accesso alla PMA nei centri pubblici è riservato, in base all'articolo 1 della legge 40/04, alle coppie di nazionalità straniera in cui entrambi siano in possesso di un regolare permesso di soggiorno. La responsabile del centro informa la signora che non può autorizzare l'accesso al trattamento a carico del SSN ma si possono rivolgere ad un centro privato.

Ada e Cristina, in base alla normativa in materia, si trovano nell'impossibilità di realizzare il proprio desiderio di essere madre. Nei casi osservati, il diritto alla riproduzione è legato all'appartenenza sociale e alla condizione giuridica dei soggetti coinvolti. La maternità delle donne migranti non viene considerata un diritto "incoercibile", espressione del diritto alla salute psichica e fisica della donna come stabilisce la Corte Costituzionale nella Sentenza n. 162 del 2014.

6.1.1 Il ricorso alle tecniche di PMA di tipo eterologo

Le tecnologie riproduttive favoriscono la creazione di nuovi modelli di famiglia superando i vincoli biologici e genetici (Stratern, 1992). Tra PMA e adozione emergono alcune differenze: l'adozione prevede un focus sul diritto del bambino ad avere una famiglia e a conoscere le proprie origini mentre la procreazione assistita enfatizza la volontà dei genitori di formare una famiglia spesso facendo ricorso a donatori anonimi di cui non è consentito conoscere le origini (Bonnet, 2014). Inoltre, le tecniche di fecondazione eterologa creano ambiguità e tensione all'interno della coppia, con la famiglia e gli amici. Nel caso di donazione di gameti maschili, diverse ricerche (Inhorn, Birenbaum-Carmeli, 2008; Franklin, 2013, Nachtigall, e al. 1998) dimostrano il modo in cui il ricorso ad un donatore abbia sviluppato nella famiglia uno "spazio segreto". A fronte di un'esperienza dolorosa da non rivelare per paura di essere incompresi, le coppie tendono a nascondere l'uso di tecniche eterologhe in diversi modi: i donatori preferiscono rimanere anonimi (pratica possibile solo in alcuni paesi tra cui Svezia e Regno Unito); gli uomini infertili basano la scelta del donatore in relazione ai caratteri fenotipici con l'obiettivo di ottenere una certa somiglianza padre-figlio (Stolcke, 2018); alcuni uomini preferiscono nascondere a parenti e amici il ricorso ad un donatore, in quanto la condizione di infertilità è percepita come mancanza di virilità.

Nel corso del lavoro sul campo, ho affrontato solamente un caso di infertilità maschile dovuta ad azoospermia in cui coppia ha deciso di ricorrere alla fecondazione assistita di tipo eterologo senza informare la famiglia rispetto alla partecipazione di un donatore. Allo stesso modo, sono emerse le molteplici strategie usate dalle donne migranti per occultare il ricorso alle tecnologie riproduttive di tipo omologo e il contemporaneo ricorso a pratiche di adozione o affido fra parenti. Tale atteggiamento dimostra l'importanza attribuita al vincolo biogenetico come fondamento della famiglia e della "naturalità" della riproduzione. Allo stesso tempo, emergono dei cambiamenti riguardo al valore attribuito alla genitorialità non biologica e a nuove forme di famiglia, in relazione al percorso migratorio, alla storia familiare e alle relazioni di genere.

Veronica decide di ricorrere all'eterologa con donazione di sperma perché in base al parere del medico si convince di avere molte possibilità. Nel linguaggio biomedico, il successo delle tecniche dipende dalle capacità della donna, il ruolo maschile è marginale. Allo stesso tempo, nel senso comune e nel discorso pubblico, l'infertilità maschile è considerata come assenza di virilità e fortemente stigmatizzata a livello sociale:

> *Come ha detto il mio dottore: "è sempre meglio che sia stato tuo marito ad avere il problema che te perché te hai più possibilità di rimanere incinta e di portare avanti una gravidanza che se fosse il contrario". Io ho tanti amici che non hanno figli e vivono lo stesso però giustamente approfittando di questa opportunità*

che io posso averli abbiamo fatto questo ma l'adozione non l'avremmo presa mai in considerazione (Veronica, ecuadoriana, 38 anni).

La testimonianza di Veronica descrive i motivi per i quali con il marito decide di non condividere con amici e familiari il ricorso ad un donatore di sperma:

Allora da parte della mia famiglia lo sanno mia mamma mia sorella. In generale parliamo che non abbiamo fatto… il problema magari io l'ho attribuito a me perché sempre la persona che non ce l'ha è quella che riesce a sopportare di più, sarebbe stato tremendo per mio marito, non lo sa nessuno della sua famiglia. I suoi fratelli non lo sanno, nessuno lo sa, i nostri amici non lo sanno ma non penso che lui abbia avuto dei problemi. Lui lo ha detto al suo principale perché avevamo bisogno di permessi e di spostarci ma io non ho avuto mai il problema di che lui si sentisse a disagio o che si facesse una croce, l'abbiamo vissuta così, sapevamo che c'è la possibilità di fare questo e l'abbiamo fatto […] E adesso che sono incinta mio marito lo vive come fosse suo al 100%, non ci sono problemi da parte dei miei amici nessun problema ma se lui ha deciso di non dirlo ai suoi fratelli, perché io lo devo dire agli amici? Se lui avesse deciso di dirlo l'avrebbe già detto, dei nostri amici intimi che hanno visto crescere lui lo sanno, loro e veramente poche persone. Però se lui non ha deciso di dirlo, io non sono nessuno perché la decisione è sua non mia! Le mie amiche sono state brave, sanno che sono andata a Parma che ho questi problemi e devo andare in ospedale, loro sanno che ho fatto le cure ormonali che mi facevo le punture, sanno dei trapianti di embrioni ma non sanno che c'è un donatore, sanno che è mio marito e basta (Veronica, ecuadoriana, 38 anni).

Dalla ricerca sul campo emergono le molteplici strategie usate dalle donne per occultare il ricorso alla PMA di tipo omologo. Come sottolineano diversi studi (Stratern, 1992; Franklin,1995, 2013; Inhorn, Birenbaum- Carmeli, 2008; Alvarez, 2016; Imaz, 2018; Stolke, 2018) si tratta del tentativo di nascondere il ricorso ad una pratica considerata artificiale, immorale, "non naturale". Le donne intervistate si percepiscono come egoiste per aver tentato di "forzare la natura", di cambiare il destino per ottenere un concepimento:

Non penso ci sia niente di strano (procreazione assistita) …un po' sì perché l'ha tirato fuori prima di metterlo dentro... Se non facevamo così non ci sarebbe lui adesso qua no? Sì perché poi dici è sempre amore, perché poi (il figlio) è amore e sacrificio, è quella la sostanza (Mercedes, ecuadoriana, 39 anni).

Per noi questo tipo di gravidanze… magari una donna che rimane incinta da sola non ci fa caso… perché non essendo una procedura naturale ma è stata forzata siamo sempre più a rischio (Veronica, ecuadoriana, 38 anni).

Sembra che vuoi essere madre per forza sì cioè costringere… perché poi magari ti senti dire non è destino o ti stanno dicendo che non c'è bisogno perché magari ti arriva il figlio malato qualche disgrazia e ti senti dire pure queste cose. Per esempio al lavoro la signora mi dice: "si vede che a volte per evitare che ti vengano figli malati o delle disgrazie meglio non andare a chiedere troppo" (Mercedes, ecuadoriana, 39 anni).

Nei casi infertilità di coppia legata a dinamiche di ricomposizione familiare o ad una formazione tardiva, fra le donne intervistate il ricorso alla PMA non rappresenta automaticamente il tentativo di realizzare nuovi modelli di famiglia e di genere, superando i confini morali che definiscono i comportamenti riproduttivi legittimi e socialmente accettabili.

Nel caso di fecondazione eterologa, la scelta di occultare l'intervento di terzi riflette e rafforza la struttura sociale vigente basata sulla consanguineità e filiazione. Allo stesso modo, nel caso di utilizzo dei gameti della coppia, la PMA viene effettuata in segreto, è una pratica invisibilizzata. In questo caso, come suggeriscono diversi studi (Franklin, Imaz, 2018, Bonnet, 2014), la strategia della coppia ha lo scopo di nascondere il fatto che la riproduzione si converte in una pratica di laboratorio, evidenziando la rottura con il modello egemonico di famiglia occidentale fondato sull'unità di sessualità, coppia eterosessuale e procreazione. Nelle coppie infertili che si rivolgono alla PMA si produce uno scarto rispetto all'idea di concepimento: a livello simbolico, la riproduzione viene estromessa dall'intimità coniugale, a livello pratico la fecondazione avviene fuori dal corpo della donna. La scelta di non condividere con altri l'esperienza di infertilità è legata al senso di vergogna provato dalle donne da un lato come espressione dello stigma sociale verso l'infertilità, dall'altro è legato ad una questione di sofferenza personale aggravata dal timore di non essere comprese da familiari e amici. La storia di Veronica che sceglie di nascondere il ricorso a gameti di un donatore rappresenta il tentativo di sanare la frattura nella riproduzione "naturale" prodotta da aspettative, proiezioni, desiderio di maternità e la diagnosi di infertilità. La narrazione che nasconde l'esperienza di infertilità e il ricorso alle tecniche rappresenta un dispositivo discorsivo adottato dalle donne per ricollocare la riproduzione all'interno di in una dimensione socialmente condivisa. Le diverse strategie adottate per occultare il ricorso alle PMA di tipo eterologo evidenziano il dominio dell'idea di famiglia basata sul vincolo biogenetico. In questo modo si rafforza la struttura sociale vigente basata sulla consanguineità e filiazione.

Le narrazioni delle coppie infertili che si avvalgono delle tecniche di PMA rivelano la tendenza a nascondere il ricorso alle procedure biomediche, mettendo in luce una "sorta di vergogna" (Parisi, 2017: 44). I significati sociali e le conoscenze scientifiche che definiscono la condizione di infertilità sono stati modificati dall'introduzione nel campo riproduttivo dalle pratiche e dai saperi della biomedicina. Allo stesso tempo, la condizione di infertilità si configura come uno spazio sospeso e incerto: una sorta di tabù di cui si parla poco, a livello istituzionale e interpersonale (Inhorn, Van Balen, 2002). Secondo Parisi, nell'ambito delle tecnologie riproduttive "il tabù è un dispositivo culturale che svolge una funzione di controllo sociale delle prassi e della morale che esplicita il carattere di interdizione che circonda tanto le tecniche quanto le persone che scelgono di avvalersene"

(Parisi, 2017: 45). La decisione di non condividere con altri il ricorso alle tecniche, in particolare di tipo eterologo, mette in evidenza il fatto che viene considerata un'esperienza eccentrica, taciuta dalla coppia per sanare la frattura della procreazione naturale. La condivisione con familiari e amici avviene raramente per diversi motivi: è un'esperienza intima di sofferenza, è oggetto di forme di stigma sociale. In molti casi, la coppia infertile coinvolge "soggetti socialmente significativi" nel processo decisionale ma i discorsi con amici e familiari risultano "velati" (Parisi, 2017: 56). In un Paese "tradizionalista" e pro-natalista, l'esperienza della PMA prende la forma di una "realtà velata" (*ibidem*) poiché segna il superamento dei confini morali, simbolici e legali della procreazione "naturale".

6.1.2 Soggettività, corpi riproduttivi e mobilità

Dal materiale raccolto durante il periodo di ricerca sul campo presso il reparto di PMA dell'Ospedale Sant'Anna di Genova sono emersi i modi in cui le donne migranti mettono in discussione modi e tempi del mandato della maternità. Nonostante la maternità assuma l'immagine di un destino da compiere, in relazione allo status socio-economico, all'orientamento religioso, alle forme di famiglia, al percorso migratorio, le donne raccontano di aver scelto di posticipare la maternità per raggiungere obiettivi formativi, professionali e individuali (Hernandez Corrochano, 2016; Varea, 2008; Pedone, 2014). Nelle narrazioni di alcune donne di origine ecuadoriana e peruviana, il desiderio di diventare madre è collegato ad alcuni aspetti: la possibilità di conciliare il lavoro e la cura dei figli, la condizione economica, le ricomposizioni familiari, la stabilità nelle relazioni di coppia, la necessità di garantire il benessere del figlio:

> *Quando sono arrivata qua in Italia subito l'ho conosciuto (compagno) e ci siamo messi insieme, ovviamente abbiamo detto che i primi tempi figli no (Vera, ecuadoriana,36 anni).*
>
> *Io non volevo figli subito ma ho preferito godermi i miei spazi e avere una stabilità economica (Nelly, ecuadoriana, 38 anni).*
>
> *Poi.., noi abbiamo saputo la notizia nel 2008 (marito azoospermico)... e abbiamo lasciato un po' perdere… Perché eravamo giovani, io avevo 28 anni, mio marito 32. Abbiamo pensato che se dovevamo fare qualcosa avevamo ancora un po' più di tempo (Veronica, ecuadoriana, 38 anni).*
>
> *Ho sempre avuto la paura che se uno porta un bambino deve essere responsabile e te lo devi crescere fino all'ultimo. Avevo sempre paura magari di avere un bambino di essere lasciata e basta non c'ho pensato. Poi mi sono dedicata solo a lavorare e basta (Juana, ecuadoriana, 41 anni).*
>
> *Piano piano ho pensato sempre a tutti, da quando ho avuto lui non ho pensato a me, ad avere un figlio, perché se avevo un figlio come faccio a lavorare! Ho pensato sempre a mia mamma, qua, là, a me ho*

lasciato per scontato, i miei sentimenti, anche sorridere, sono stata egoista con me stessa (Rosa, ecuadoriana, 43 anni).

Io ho conosciuto mio marito nel 2004 e avendo la piccola giù… l'avevo portata qua… quando mia figlia è venta qua, per anni io non ho voluto figli perché dovevo far ambientar a lei con il mio compagno…(Marilin, ecuadoriana, 40 anni).

Infatti anche questa era la mia paura… di fare un figlio giovane che poi magari dicevo che vita gli posso dare se non sono stabile? Infatti io per questo sono venuta via per non farli, nel senso che comunque nonostante tutto non volevo portare i figli al mondo se non potevamo stare bene (Isabel, ecuadoriana, 40 anni).

Dalle testimonianze raccolte durante la ricerca sul campo sono emerse le diverse modalità in cui le donne migranti sperimentano, nel contesto di arrivo, scelte procreative che mettono in discussione i discorsi e le logiche culturali dominanti sulla sessualità, sulla procreazione e sulla famiglia sviluppati nello spazio transnazionale (Abbatecola, 2010; Lagomarsino, Pagnotta, 2012; Pedone, 2014; Parisi, 2017; Mattalucci, 2017; Rosas, Gayet, 2019).

Diverse ricerche mostrano come un maggiore accesso alle informazioni riguardo alla salute riproduttiva possa favorire lo sviluppo di relazioni di genere più equilibrate (Rapp, 1998; Pedone, 2014; Lagomarsino, Pagnotta, 2012). Dalle testimonianze raccolte fra le donne migranti di origine latinoamericana è emersa la percezione di avere maggior disponibilità di informazioni nel campo della sessualità e della contraccezione. Infatti, nel contesto di destinazione molte iniziano a frequentare consultori privati e pubblici, si rivolgono a ginecologi privati per conoscere le possibili soluzioni per evitare un concepimento. Nel nuovo contesto di vita, molte raccontano di aver usato la contraccezione ormonale o meccanica (spirale, IUD) in base ai propri desideri e aspirazioni: per ritardare la maternità, per aumentare l'intervallo fra i figli, per limitare il numero di figli. Dopo il primo figlio avuto da giovani, molte riferiscono di mettere la spirale per necessità lavorative o perché in quel momento non vogliono avere altri figli:

Vediamo…due anni ho messo la spirale, l'ho messa perché lui era piccolo, mi piace lavorare tantissimo però purtroppo è tanto che non lavoro in regola per dire vado a fare delle ore lavoro in nero, poi è morta la signora e adesso sono quasi senza lavoro, faccio pochissime ore (Claudia, ecuadoriana, 37 anni).

La spirale l'ho messa dopo mio figlio perché dicevo cavolo…avevo 20 anni dicevo… no avere un figlio, un altro se lo posso evitare…non è che si evita però tu dici non me la sento di averne un altro ma se tu non prendi bene la pillola può capitare (Cristina, ecuadoriana, 27 anni).

Anche nel caso di donne primo migranti l'arrivo in Italia può favorire un cambiamento nell'idea della contraccezione e della gestione della propria sessualità. Allo stesso tempo, emerge il peso esercitato da processi di stigmatizzazione sociale della maternità migrante. Essere madri a distanza non è

considerata una forma di maternità adeguata in relazione all'idea che soltanto la madre biologica sia capace di allevare i propri figli. In questo quadro, le madri che migrano violano una prescrizione culturale e diventano oggetto di riprovazione morale da parte della comunità transnazionale. Infatti, la donna è considerata l'unica responsabile del benessere dei propri figli e del loro futuro (Wagner, 2004; Herrera, Ramirez, 2008).

Come mette in luce la seguente intervista il fatto che la salute riproduttiva rimanga una responsabilità esclusivamente femminile riflette una relazione di potere asimmetrica vissuta nella coppia:

> *Da ragazza diciamo che sono stata un po' incosciente non usavo questi tipi di contraccezione, però per mia fortuna non rimanevo incinta, sempre capitava che magari… come si dice… veniva fuori… e sì usavo spesso questo metodo…Un po' il fatto di allontanarci di casa… un po' sui rapporti sessuali… un po' ti fa… ti fa paura perché cioè vai lontano, non sai cosa trovi e sì era un po'… mi proteggevo (Juana, ecuadoriana, 41 anni).*

> *Siccome al mio paese noi ancora un po' siamo all'antica, io anticoncettivo mai preso in vita mia perché lì…la prima volta, a 20 anni ho fatto sesso e quindi non avevo ragazzi o contatti. E quindi mi sono messa con mio marito e ho detto figli non ne vogliamo e sono andata dalla ginecologa e mi ha dato le pastiglie per stare attenta. Anche lì il primo mese mi veniva mal di testa quindi abbiamo provato 3/4 volte abbiamo cambiato la medicina poi ha trovato che stavo meglio con i cerotti (Vera, ecuadoriana, 36 anni).*

In caso di esperienze di infertilità, le donne raccontano di rivolgersi al ginecologo di fiducia o al consultorio che frequentano da tempo, anche se, in linea con la popolazione italiana, dimostrano scarse informazioni rispetto a prevenzione e cura dell'infertilità. In base al parere del ginecologo decidono, con tempi diversi a seconda dei casi, di effettuare un colloquio nel centro di infertilità.

> *Poi noi nel 2008 sono andata dal mio ginecologo…appunto per chiedergli come mai io non rimanevo incinta, e il dottore la prima cosa che… ha fatto fare subito un esame a mio marito. Ha detto prima iniziamo con lui, poi se non ci sono problemi, iniziamo con te. Perché...così andiamo per esclusione, a fare tante cose che magari poi alla fine non servono. E abbiamo fatto così (Veronica, ecuadoriana, 38 anni).*

> *Ce l'ha dato (il nome del centro di infertilità) il mio ginecologo. Una mia amica me l'ha consigliato (il ginecologo) che anche lei ci andava, è bravissimo, è privato e costa anche lui. Però mi fa lei "è bravissimo, è il mio ginecologo". Infatti è stato lui a dirci tutto. Perché subito andavo da AIED. Prima andavo da loro però mi continuavano a far fare cure ma non andavo mai a capire che cosa era. Invece sono andata da L. e invece lui mi ha detto, mi ha fatto fare gli esami e tutto e poi mi ha detto: "Guardate voi siete a posto, solo che siete una coppia che non riuscite a concepire però siete assolutamente buoni tutti e due". C'ha detto di provare con la fecondazione assistita (Eufemia, ecuadoriana, 31 anni).*

> *Abbiamo provato due anni senza controllo ma visto che non ci sono stati risultati mi sono preoccupata, ho detto qua non va bene qualcosa e lì siamo andati prima dalla nostra dottoressa e lei ci ha dato l'indirizzo del Sant'Anna per andare dalla dottoressa e sono due anni se non ricordo male (Claudia, ecuadoriana, 37 anni).*

Il dottore B., perché abbiamo provato per due anni poi lui mi seguiva e gli ho detto guarda che non ci riesco e mi ha fatto fare esami del sangue. E mi ha detto "siete normali prova ad andare al Sant'Anna". Mi ha spiegato la situazione e da lì abbiamo fatto il primo incontro e ci hanno fatto fare le analisi del sangue di nuovo e ci dicono "non avete niente". Ci hanno proposto prima i rapporti mirati e IUI e mi hanno detto che potevo 3 volte quella…FIVET (Mariana, ecuadoriana, 38 anni).

Mi sono decisa diciamo che erano passati 5 anni da quando volevamo avere bambini e quindi dopo 5 anni ho detto devo vedere qual è la situazione: sono andata all'AIED e ho trovato una dottoressa bravissima. E lei mi ha consigliato di fare gli esami. Ho fatto gli esami e poi ho fatto prima terapia con il Clomid[145], non è tanto invasivo diciamo, è leggero ma non è andata bene. Allora lei mi ha detto "ti consiglio di andare là perché se non sei incinta sicuramente c'è un problema alla tuba che ostruisce". Ma lei non riesce a vedere bene. Là ti fanno degli esami approfonditi e se sei da operare ti operano (Elena, ecuadoriana, 28 anni).

In questo caso, le donne migranti mostrano un accesso maggiore alle informazioni e ai servizi di salute riproduttiva rispetto al passato. Inoltre, il ricorso all'intervento biomedico rappresenta un modo per non avere rimpianti, è considerata una possibilità da non tralasciare in quanto la PMA rappresenta una terapia medica che offre maggiori probabilità di ottenere una gravidanza. È interessante notare il fatto che è sempre la donna ad assumersi la responsabilità dell'infertilità di coppia. Al di là delle specificità culturali tale movimento si riscontra anche nelle coppie italiane: è la donna a rivolgersi al ginecologo, a raccogliere informazione ed a organizzare l'incontro.

6.1.2.1 Il dialogo sulla salute riproduttiva fra le generazioni e all'interno del gruppo di pari

Nel caso di donne capo-famiglia, pioniere della migrazione, separate o divorziate, si riscontra un modo diverso di affrontare la sessualità e la riproduzione. Nel percorso di migrazione è possibile riconoscere un dialogo fra le generazioni e una riflessione sui comportamenti riproduttivi e sulle relazioni di coppia che comporta dinamiche di trasformazione nell'ambito delle relazioni di genere a partire dall'uso della contraccezione:

I*o lo (partner) vedevo poco o niente capirai, ogni tanto le (mamma) dicevo le bugie che andavo in chiesa e lo vedevo mezz'ora, per dire, però è brutto avere un rapporto cosi con una madre perché non hai la libertà di raccontare le tue cose: mi vedo con un ragazzo, se lo vuoi conoscere lo conosci e sai con chi esco…per quello dico che con mio figlio non farò mai una cosa del genere, darò la libertà, fino ad un certo punto, certo, che mi racconti le cose, che si confidi con me, non abbia la paura di dirmi le cose, anche se ha fatto una cosa brutta basta che me lo dica sai non è bello dire le bugie poi alla propria mamma, con mia mamma ho fatto cosi , con tutte non soltanto con me (Claudia, ecuadoriana, 37 anni).*

[145] È uno dei farmaci più diffusi nell'induzione della ovulazione.

Alcune donne intervistate scelgono di posticipare la maternità in accordo con i consigli della madre (primo migrante, vedova) e della nonna rimasta in Ecuador, in base all'idea che i figli impediscano di studiare e di godersi in libertà la giovinezza. Dalla testimonianza raccolta è emersa la centralità del matrimonio, come valore fondamentale, basato su relazioni di genere equilibrate e sul rispetto reciproco fra i coniugi:

> *Lei (madre) è contenta dei nostri matrimoni, che i nostri mariti sono bravi, lavorano che ci rispettano e che noi siamo molto autonome. Io sono nata in una famiglia numerosa quindi a me mi è dispiaciuto del fatto di non avere bambini… più per mio marito che per me, perché io anche quando studiavo… per esempio da noi c'è la mentalità di fare i figli subito perché noi siamo più controllate… da noi non c'è l'apertura mentale da dire a mia mamma portami a prendere la pillola perché non esiste almeno in quei tempi lì. E per quello ci sono tante ragazze che hanno tanti bambini. Mia mamma è stata una persona intelligente e ci parlava di tutto a me e mia sorella e ci diceva che se noi rimanevamo incinta prima di finire il liceo prima di tutto lei non si sarebbe fatta carico dei bambini "tu lo fai tu te lo tieni! Te lo tieni tu perché i figli sono una cosa bellissima ma sono una condanna, ti rovinerai sempre hai la possibilità di studiare, goditi i tuoi anni" e la stessa cosa mi ha detto mia nonna anche se mia nonna poverina ha avuto 8 figli (Veronica, ecuadoriana, 38 anni).*

Alcune donne primo migranti divorziate, che, a seguito della migrazione hanno sperimentato un cambiamento nelle relazioni di genere all'interno della coppia, riconoscono un dialogo più fluido e aperto con le figlie, un nuovo modo di riflettere su questioni di sessualità e di coppia**.**

Soledad è nata e cresciuta in Ecuador, nella zona della Costa, è madre di 3 figli decide di partire per l'Italia per questioni economiche e di coppia. In questo caso, Soledad spiega come la migrazione rappresenti una risorsa che permette un ribaltamento dei modelli di famiglia e di relazioni di genere. Decide di trasferirsi in Italia, lascia il marito e i figli per dedicarsi al lavoro, allontanandosi da una situazione di coppia complicata. Nonostante la lontananza, è importante sottolineare lo sviluppo di un dialogo aperto con le figlie riguardo a questioni di sessualità e contraccezione. In questo caso, ciò permette di creare rapporti di fiducia fra le generazioni:

> *Allora loro (i tre figli) sono cresciuti con la mia mamma. Quando mia figlia è venuta qua, che ha lavorato qua due anni faceva la badante, domestica di tutto, mi dice "mamma io torno indietro (in Ecuador) ma non più con mia nonna, io ho voglia di stare da sola con mia sorella". Perché mia mamma abitava lì con la sorella e i suoi figli. L. la figlia più grande dice "guarda mamma io voglio che tu abbia fiducia in me. Noi vogliamo abitare sole". E potevo dire no adesso torni e stai da tua nonna, aveva 22 anni e dico va bene cerchiamo un appartamento lo sistemiamo e ho comprato un appartamento per le mie figlie. Avere un appartamento per due ragazze… la gente va a dire che sono delle puttane, a me non interessava e l'ho fatto. Quella è la fiducia, la fiducia è quella che conta tantissimo, quella maniera di volersi bene, di raccontarsi…Loro erano stufe di stare con la mia mamma per i problemi che già c'erano, e allora dico va bene facciamolo, sapevo che il suo ragazzo abitava già lì, va bene gli dico ma la prima cosa che devi fare*

è andare dalla ginecologa prendere la pillola, farti il pap test, tutte le raccomandazioni del mondo…poi mi chiama che piangeva mamma sono incinta. Per lei, per me è come se fosse crollato tutto in testa, io sono dispiaciuta perché lei è una bravissima studentessa, mi dice tutti i voti belli che ha, e lei dice mamma io non lascio i miei studi. Neanche per sbaglio nel suo cervello gli è passata l'idea di dire abortisco…"mamma cosa faccio? Io non sono pronta per essere madre", ma sei incinta non si può fare niente. E un'altra mamma al mio posta l'avrebbe detto vai a fare l'aborto che cosa interessa a me? Io sono lontana in quel momento avrei voluto abbracciarla baciarla, mangiarla. La tristezza di sapere che la mia bimba va a essere mamma. Lui l'ha portata a fare l'esame perché dice che le dava sonno e non le venivano le mestruazioni ma erano irregolari le venivano a metà a fine mese. "signora"- mi chiama così il fidanzato di mia figlia, guarda il rispetto delle persone- mi disse "signora quando io ho sentito il battito del bambino per me è stata la cosa più bella, più straordinaria che io ho, io non sapevo dove ero, l'ora, ho perso tutto", e piangeva come un pazzo mia figlia lo stesso e dice "le dica a L. che io ci sono, io sono qua e ci sposiamo subito, io voglio sposarla subito" (Soledad, 43 anni, ecuadoriana).

Le figlie di madri pioniere della migrazione sembrano sviluppare, almeno a livello discorsivo, modelli alternativi di maternità. Nel caso di Lissette, figlia di migrante del Perù si pone in contrasto con l'idea della maternità come destino. È emersa l'idea di una femminilità legata alla libertà e all'autonomia come visione sviluppata a partire dal contesto di origine, allo stesso tempo è evidente la pressione esercitata dalla famiglia per adeguarsi al modello di procreazione e di femminilità dominante:

Io da ragazzina sognavo con la mia amica di vivere insieme sì… fare surf, anche una volta sua mamma ci aveva chiesto ma voi come vi immaginate da qua a dieci anni e noi tutt'e due abbiamo detto ma a vivere insieme un bell'appartamento davanti al mare super Suv, avere qualche negozio da gestire, e le tavole da surf di sopra e basta. Viaggiare, e lei ci ha detto ma un marito dei figli? E noi no no. nessuna delle due (Lissette, peruviana, 30 anni).

Penso che arriverà un momento che lo accetterò (condizione di infertilità di coppia) nel senso che non è che dico se non ho un bambino non riesco a vivere, voglio essere felice in tutti e due i casi, avendolo o non avendolo. Certo che non avendolo dovrò essere più forte perché dovrò dire ok e concentrarmi su altre cose, cioè lavorando di più su me stessa. A volte dico ma vorrei studiare qualcos'altro per concentrarmi sullo studio e sentirmi magari lavorativamente più preparata. Non lo so, io penso così di dedicarmi a qualcos'altro però per sentirmi meglio con me stessa migliorare me stessa. Non penso che lo supererò ma non voglio pensare di focalizzarmi solo su quello perché penso ci sono tanti altri modi di essere felice. Penso che ci sia qualcuno che decide di non avere figli, penso sia anche più felice vivendo la coppia con i propri spazi. Mia suocera mi dice che conosce una persona che dice io non voglio bambini, io non voglio condividere mio marito con qualcun altro, ho paura che un bambino mi faccia diventare pazza. E allora va bene non averlo sennò chissà cosa combini (Elena, ecuadoriana, 28 anni).

Nelle narrazioni raccolte, molte donne sottolineano le trasformazioni nelle relazioni di genere ottenute tramite la migrazione, enfatizzando la libertà raggiunta nei rapporti di genere grazie alla mobilità:

Io sono libera, faccio quello che voglio, esco con le mie amiche, magari voglio andare in discoteca, dico amore voglio andare con le mie amiche, mi dice vai, non dice vengo anch'io se no non vai neanche te, no ,no , sono libera, proprio, se voglio andare a fare shopping vado, esco con le mie amiche e posso stare fuori tutto il giorno, non è una persona che mi controlla che mi sta addosso. Perché io ho già il mio carattere che mi piace essere libera, sono sagittario, non mi piace una persona che ti sta addosso, dove sei, cosa fai là, perché non sei a casa, perché non hai fatto quello, no, no, assolutamente. Mio marito è proprio un pezzo di pane, guarda che tante mie amiche dicono tienitelo bene perché gli uomini non sono cosi, come quelli dell'Ecuador che sono molto maschilista…(Claudia, ecuadoriana, 37 anni).

A partire da Badinter (1981, 2011), nell'ambito delle discipline antropologiche, diversi studi sottolineano il modo in cui l'enfasi posta sull'associazione fra corpo femminile e fertilità spieghi l'attivazione di un meccanismo di attribuzione della colpa dell'infertilità di coppia sul partner femminile che corrisponde ad un processo di stigmatizzazione sociale (Paxson, 2003; Gribaldo, 2004, 2005, 2018; Inhorn, Carmeli, 2008; Franklin; 2013). Per questo motivo, nonostante la letteratura medica in proposito indichi la presenza notevole di fattori di tipo maschile che causano l'infertilità di coppia, in caso di ritardi nel concepimento, è la donna a richiedere controlli sul suo corpo. Come è emerso dalla ricerca sul campo condotta presso il centro di infertilità dell'Ospedale Sant'Anna di Genova, nel caso di diagnosi di infertilità idiopatica o mista, le donne italiane e straniere si ritengono responsabili del mancato concepimento. In caso di fallimento delle tecniche le donne riferiscono un forte senso di colpa che varia in relazione allo status socio-economico, all'orientamento religioso, ai percorsi migratori e alle forme di famiglia. Nelle narrazioni delle donne migranti latinoamericane che hanno partecipato alla ricerca, è emerso dunque un atteggiamento ambivalente verso le tecnologie riproduttive: da un lato rappresentano una scelta, l'espressione attiva di un desiderio, dall'altro rafforzano stereotipi di genere che implicano processi di colpevolizzazione (cfr. Gribaldo, 2005). È importante sottolineare che l'attribuzione di stereotipi di genere veicolati dal discorso medico e politico sia maggiore verso le donne di origine latinoamericana poiché spesso considerate indistintamente di basso livello socio-economico, ignoranti, vittime del maschile, oppresse dalla tradizione. Tali dinamiche si possono inscrivere all'interno di una prospettiva di culturalizzazione delle disuguaglianze socio-economiche: l'appartenenza culturale assume la forma di una categoria fissa e immutabile a cui fare riferimento nell'interpretazione di comportamenti incomprensibili (Pazzagli, Tarabusi, 2009; Lagomarsino, Pagnotta, 2012). A ciò si aggiunge il fatto che la normativa impone restrizioni all'accesso producendo una disparità di trattamento fra le coppie infertili in base alle condizioni giuridiche, di salute e di classe sociale.

6.1.3 Esperienze procreative: fratture e ricomposizioni

Le donne di origine ecuadoriana e peruviana incontrate durante la ricerca sul campo descrivono la decisione di partire per l'Italia in relazione all'esperienza personale di aborto o di gravidanza vissute da giovani. In questi casi, la partenza per l'Italia ha comportato un periodo di separazione dal figlio/a e la fine della relazione di coppia con il padre biologico. Una parte delle donne intervistate ha deciso di partite per l'Italia dopo la nascita del primo figlio per la possibilità di un lavoro sicuro, per aiutare la famiglia approfittando di una buona occasione per allontanarsi da una relazione complicata. Nel nuovo contesto di vita hanno continuato a lavorare per diversi anni in condizioni precarie e faticose che hanno contribuito ad ostacolare la ricerca una nuova gravidanza (cfr. Kofman, 2014, 2012; Hondagneu-Sotelo, Avila, 1997; Parreñas, 2000). La posticipazione della maternità o la ricerca di una nuova gravidanza e il ricorso alle tecnologie riproduttive si possono quindi spiegare come comportamenti legati alla combinazione fra diversi aspetti sociali, politici e culturali.

Nella testimonianza raccolta è emersa la rilevanza di caratteristiche legate alla posizione del soggetto all'interno del nucleo familiare (genere, età), alla famiglia, alla classe sociale, alla professione, alla formazione, al livello di istruzione come elementi che incidono nella migrazione e nella vita riproduttiva. Rosa proviene da un contesto rurale, è la prima di 5 figli. In Ecuador diventa madre all'età di 17 anni, scappa con il compagno che dopo poco tempo abbandona lei e il figlio:

> *Mia sorella ha fatto 15 anni (la festa della quinceñera)… non me l'hanno fatto a me ma a lei lo abbiamo fatto perché 15 anni nel mio paese è come 19 qua, 18 o 19. Allora io volevo che lei sentisse questa sensazione qua che lei era diventata una donna perché di là 15 anni è una donna. Io ho invitato il mio fidanzato. Mio papà era un donnaiolo, veniva e non veniva a casa, a mia mamma le ho detto che il mio fidanzato rimane a dormire qua e mi ha detto va bene fallo dormire sul divano. E io me ne sono andata in stanza con tutti i miei fratelli, poi è venuto lui e ha fatto tutto di me…sembra che io mi ero un po' ubriacata non mi ricordavo niente.... Lui si stava lavando tutto e mi dice "ieri sera sei stata mia andiamocene". No io non me ne vado con te, perché me ne devo andare? Non capivo il significato di che fossi stata sua. Una ragazza non capisce, non ti preoccupare mi ha detto, tranquilla non è successo niente. Perché io stavo bene a casa, non ci faceva mancare niente e mio papà addirittura mi voleva mandare a studiare in Messico…mi mandava a studiare all'università fuori. E tutto è crollato quanto sono uscita incinta. E andavo a scuola alle superiori… Poi la nonna…ha cominciato a prendermi… mi è venuto male qua, vomitavo, correvo a vomitare, mi dice "ma cosa succede a questa ragazza?". E io non avevo detto niente a mia mamma a nessuno e neanche io perché non sapevo che ero incinta e mia nonna dice "io ti sento che non stai bene hai qualcosa qua dentro alla pancia". E io ho detto "non lo so, io sento qualcosa che non va". Mia mamma si è spaventata, mio papà mi ha mandato dalla dottoressa e la dottoressa ha detto "sua figlia è incinta di 6 mesi". Mia mamma voleva morire, camminava avanti e indietro mi ricordo che mi disse mia mamma "questo bambino non deve nascere, tuo papà ti ammazza!". Allora ho capito, mi sono alzata che già mi avevano vestito e ho detto "no io me lo tengo e io me ne vado di casa". Allora poi me ne sono*

andata con lui e mio papà sembra che gli ho dato proprio un colpo e ha dato la colpa a mia mamma. E a mia mamma è venuto un ictus come conseguenza è così che è cominciato… mio fratello era piccolo, era piccolo… e allora mio papà se ne è andato e io mi sono sentita uno schifo, per colpa mia si è rotto tutto…non l'ho denunciato mai, non ho fatto niente perché era il mio fidanzato, lo malo è che mi sono fidata di lui. E poi è cominciato così… una conseguenza…mia mamma con 4 figli e mio papà se ne è andato – piange –(Rosa, ecuadoriana, 43 anni)

Dopo la gravidanza, per un periodo, Rosa continua a frequentare l'università poi trova lavoro come impiegata in banca a tempo pieno ma lo stipendio non è sufficiente per sostenere lei e la famiglia. A seguito della separazione dei genitori e la malattia che colpisce la madre, Rosa diventa il capo famiglia assumendosi la responsabilità di mantenere economicamente i fratelli in qualità di primogenita e giovane madre. In base a queste considerazioni decide di partire per dedicarsi a lavorare in un altro continente nel tentativo di aiutare la sua famiglia e suo figlio rimasti nel paese di origine. Rosa si trasferisce in Italia e affida il figlio alle cure della sorella minore, entrambi vengono ricongiunti dopo qualche anno. Rosa per circa 15 anni rimanda la ricerca di una nuova gravidanza, deve lavorare a tempo pieno:

Io sono la più grande, io ho fatto il maschio, sono quella che ha lavorato, ho mantenuto la famiglia di 4 fratelli che mia mamma è separata. Mia mamma si è separata da mio papà quando aveva 30 anni, a 32-33 anni gli è venuto un ictus a mia mamma… vengo da una famiglia un po' complicata (piange). Allora io sono rimasta incinta giovane che avevo 17 anni, se lo vedi mio figlio sembra mio fratello. Quando gli ho fatto queste brutte cose… a un genitore…loro mi hanno lasciato…non mi hanno aiutato più, perché è stata una cosa… ho dato un colpo a tutt'e due i miei genitori. Allora mi hanno lasciato con il bambino e tutto "te ne vai dalla casa" e io me ne sono andata. Ho chiamato il papà del bambino e me ne sono andata con lui. E da quel momento ho partorito e tutto quanto. E lui lavorava a volte non lavorava. E gli ho detto non si può continuare così. Mi mancavano due anni per finire l'università. Mi davo da fare, ero entrata a lavorare in banca, […] Poi è cominciata così avevo solo un paio di scarpe… quelle le adoravo perché non mi davano più niente i miei genitori. Già non più perché avevo fatto la pecora nera, mi ero comportata male e dovevo andarmene. Eravamo giovani io e il papà del bambino. Però ha fatto bene mio papà perché mi ha fatto prendere un po' di forza, di coraggio…lavoro in banca ed era dello stato … quindi mi sentivo orgogliosa. Nel tempo io lavoravo, stavo con mio figlio, andavo all'università perché io volevo di più. Poi già cominciavo a lavorare, era il mio primo lavoro. Dopo dei miei fratelli nessuno lavorava, mia mamma ha avuto l'ictus, i miei fratelli nessuno lavorava, mio padre se n'era andato di casa, ma la felicità solo per me?! Non ce la faccio. Allora sono andata a parlare con della gente perché lavorando in banca uno conosce personale e allora "aiutami con i miei fratelli a trovare un lavoro, aiutami", mi dicono… in Ecuador era difficile in quel tempo è per quello che me ne sono venuta… io volevo che mia mamma stesse bene di salute e ora cammina (Rosa, ecuadoriana, 43 anni).

Marilin è arrivata in Italia nel 2002, proviene da una località di campagna situata nella zona dell'Oriente, il padre era impiegato comunale e la madre gestiva con un piccolo panificio. Ha

frequentato due anni l'università poi ha abbandonato gli studi in occasione della nascita della sua prima figlia avuta all'età di 20 anni. In Ecuador lavorava come segretaria ma con la crisi economica e l'introduzione del dollaro, lo stipendio non era più sufficiente per lei e la figlia. Decide dunque di partire per motivi economici e di coppia. In Italia, Marilin decide di posticipare la ricerca di un secondo figlio con il nuovo compagno perché ritiene che un figlio debba crescere con un padre adeguato, in una famiglia stabile. Dalla sua testimonianza emerge il senso di colpa provato per non essere stata una madre adeguata che porta a pianificare una nuova gravidanza in relazione alla stabilità di coppia, ad una condizione economica e lavorativa considerata appropriata:

> *Io sono partita che avevo 24 anni quando la mia bambina – piange - aveva 4 anni, sono partita da una parte per migliorare economicamente da un'altra parte sono partita per scappare dal padre di mia figlia e quindi ho lasciato… -Piange- è difficile ma mi ha salvata da una vita difficile con lui ma sono contenta di averla fatta. Sono partita diciamo senza un punto di riferimento è stata una proposta fatta in un paio di giorni e ho detto l'accetto…Io l'ho lasciata (figlia) che aveva 4 anni e l'ho portata qui che aveva 8 anni e sono andata a vederla a sei anni e poi sono tornata. Era il mio incubo…però la forza te la danno i figli perché se io non avessi avuto la bambina magari sarei tornata prima a casa, non sarei rimasta. Ormai sono 17 anni che sono qua, è stata lei a darmi la forza perché io ogni volta dicevo la bambina ha bisogno stop, perciò io devo lavorare. Perché io facevo la segretaria (in Ecuador), come segretaria avevo uno stipendio a quei tempi erano 150 dollari che non bastavano perciò facevo i conti, qua guadagnavo 620 euro, c'era già l'euro e quindi riuscivo a dare a mia figlia qualcosa in più anche alla mamma. Io dicevo mamma io ti mando per aggiustare la casa per loro, io ero il sostegno più grande… per la mia famiglia quindi non c'era… cioè dovevi pensare che eri da sola e impegnarti tutto il tempo. Infatti io lavoravo dalle 8 a mezzanotte…cioè un orario assurdo… poi dipende, se loro (famiglia per cui lavorava come baby sitter) uscivano stavo fino alle 11 o a mezzanotte, poi tornavo a casa e dormivo e mi riprendevo. L'unico modo era quello tenerti impegnata. È stato così i primi 4 anni (Marilin, ecuadoriana, 40 anni)*

Come è emerso dalle testimonianze, Rosa e Marilin sperimentano nella migrazione un modo per allontanarsi da relazioni di coppia problematiche rifiutando rapporti di genere asimmetrici. Alcune donne decidono di separarsi dal compagno e affrontare una maternità a distanza trovandosi ad assumere il ruolo di capo famiglia. Nel rapporto fra migrazione e genere, diversi studi (Wagner, 2004, 2008; Herrera, Ramirez, 2008; Pedone, 2008, 2014) evidenziano come il genere sia un fattore determinante nel processo migratorio e, allo stesso tempo, la mobilità internazionale produca una ridefinizione dei ruoli di genere. In questa prospettiva, la partenza di un componente della famiglia mette in discussione l'architettura familiare ma non sempre implica una trasformazione della relazione asimmetrica maschile/femminile. Infatti, in alcuni casi, la migrazione può rafforzare l'asimmetria mentre in altri può ridurre le disuguaglianze. È importante evidenziare che, in alcuni casi, la migrazione è l'esito di un processo di ridefinizione dei ruoli di genere iniziato nel contesto di origine, come racconta Marilin:

Partire per me era l'unica soluzione perché… anche se io avevo già cambiato paese…noi abitavamo in un paese piccolo…siamo andati in città a lavorare e lui nel weekend veniva anche solo per controllare se avevo trovato un altro perciò non mi lasciava comunque stare. Lui si faceva i fatti suoi, ha avuto 2 figli con 2 donne diverse. Anche se io ero via, lui veniva a controllare me e quindi non era possibile avere una vita tranquilla. Però quei mesi lì… io ho fatto 9 mesi lontano e quei mesi lì mi hanno staccato. E quando ho detto parto per l'Italia ero già abbastanza forte da dire adesso non mi fermi! È stato proprio quell'allontanamento…il fatto di avere iniziato a lavorare, a guadagnare i soldi per badare a mia figlia… mi ha fatto sentire più forte. In paese dipendevo dalla mia famiglia e da lui e ero costretta a seguire le sue minacce "se io vengo e ti vedi con qualcuno faccio dei casini!". E invece quando ho iniziato a lavorare sapevo che potevo farcela. Lì è stato l'inizio della mia migrazione. Basta ho detto faccio le valigie e 15 giorni dopo sono partita….Sì però io ti dico a me è servito l'allontanamento da lui. Se io non mi fossi allontanata… io ero sottomessa, se lui mi diceva non lavorare, io non lavoravano, io ero sottomessa da lui, metti che ero innamorata di lui… però non avevi questa libertà, io qua io sono libera se a mio marito dico vado dalle mie amiche non è un problema. A lui non potevo dirlo, non esiste. Ai miei fratelli (in Ecuador) se le mogli le dicono vado a ballare vai. C'è di tutto a me è capitato quello lì e me lo sono tenuto per un bel po' di anni quindi tutto parte da te, tutto parte dalle forze che abbiamo per dire basta! È che è una forza che… sei innamorata, sei sottomessa è difficilissimo alzare la testa, io c'ho provato, la sua famiglia c'ha provato… sono arrivati a dire "ti difendiamo noi da lui" ma non è servito a niente perché mentre loro erano lì lui si comportava in un modo diverso da quando eravamo da soli. Io sono stata con lui 8 anni (Marilin, ecuadoriana,40 anni).

Per Juana e Isabel le esperienze di aborto e le complicate relazioni di coppia vissute in Ecuador si inseriscono fra le motivazioni che inducono a posticipare la maternità, in relazione all'idea che avere un figlio e diventare madre sia l'esito di una scelta consapevole strettamente vincolata alla stabilità della coppia e alla situazione economica e lavorativa. Isabel è nata in Ecuador in una famiglia di classe media in cui i genitori avevano un buon rapporto di coppia. Isabel racconta la sua esperienza di aborto praticato in segreto all'età di 19 anni e spiega tale decisione in relazione al desiderio di autonomia e libertà. Successivamente decide di trasferirsi dal compagno e lascia la casa dei genitori. Isabel frequenta due anni di università poi prende la decisione di partire per l'Italia per allontanarsi da una relazione complicata, di oppressione, definita da lei stessa un rapporto "malato" che ha creato una situazione di blocco. È arrivata in Italia a 23 anni grazie alla zia che viveva qui da tempo e ha iniziato subito a lavorare come badante, commessa, baby sitter. Si è sposata dopo 9 anni di fidanzamento con un uomo italiano, divorziato, con un figlio:

Prima magari io non me la sentivo perché poi un figlio te la devi sentire di averlo. Io poi sono una che a 18 anni potevo averlo ma ho deciso di no perché ero troppo piccola. Ora me ne pento. Magari con il senno del dopo… però ero troppo piccola come facevo, in più quello se ne era andato e non si trovava e in più non avevo un lavoro, non avevo niente…quando sono rimasta incinta era il 1998 e quindi … era una famiglia molto molto chiusa e io avendo un'esperienza… se una figlia mi dice mamma sono incinta va bene

lo teniamo e amen e se il padre non c'è buona notte però per me… ai miei genitori non potevo dire una cosa del genere…(Isabel, ecuadoriana, 40 anni).

Juana, figlia di genitori separati con una situazione familiare problematica in cui il padre era alcolizzato e tradiva la moglie, racconta l'esperienza di aborto vissuta in Ecuador. La narrazione mostra la presenza di un'ideologia di genere incorporata dalle stesse donne che nega la possibilità di prendere decisioni nell'ambito della sessualità e della riproduzione assegnando al femminile un ruolo subordinato nella coppia. Juana dichiara di aver scelto di abortire senza confrontarsi con i familiari e amici, in base alla volontà del compagno, per paura di rimanere da sola. Infatti, il compagno la esorta a sottoporsi all'intervento per poter continuare la relazione:

Onestamente… là all'Ecuador… ero piccola 17 anni e ho avuto un aborto, avevo 17 anni neanche tanto piccola però sai magari lì ti spaventa un po' la cosa, e ho avuto questo aborto anche perché il mio compagno non lo voleva. Lui non voleva una cosa seria e allora io scema sai ad una certa età ti dicono "se non abortisci io con te non posso andare avanti" e quindi a volte…sì… da stupida… mi sono trovata in questa situazione e ho dovuto abortire. Mi ha accompagnato lui e per questo ce l'ho un po' con lui…mi sono pentita perché ora ne avrei due e non lo rifarei questa cosa…Avrei già mio figlio grande un ragazzo…mi ha accompagnato lui perché io essendo piccola non ne sapevo niente lui era molto più grande aveva 10 anni più di me… quando sei adulta ci ripensi e ogni volta pensi… stai male per questo fatto cioè non si deve fare è una vita, son stata stupida, pensi, dici chissà mio figlio ora quanti anni avrebbe, sarebbe già un ragazzo e mio figlio avrebbe suo fratello grande. È una cosa che ti senti la penserai sempre, starai sempre male (Juana, ecuadoriana, 41 anni).

Per Juana abortire è il risultato di una scelta vissuta in solitudine nel timore di valutazioni negative da parte dei familiari. Juana individua nella decisione di partire per l'Italia un modo per reagire ad una situazione di oppressione e di sofferenza vissuta nel rapporto di coppia:

Io l'ho fatto che mia madre non ne sapeva niente nessuno ne sapeva niente. Io ho preso la decisione di andare con lui senza che magari… chissà tante ragazze in famiglia si trovano per dire la zia lo zio o qualche parente che magari ti aiuta in quel momento, ti apre gli occhi perché magari hai un età che pensi ad altro e non si devono fare queste cose, "il bambino tienilo che una madre con un bambino va dappertutto non ti preoccupare che una madre ce l'ha sempre fatta e ce la farai anche te!". Magari in quel momento avrei voluto qualcuno che…e sarei qua in Italia con lui perché è successo in quel periodo che dopo un anno credo sono partita appunto per mollare questo qua perché…dopo mi ha fatto tanto male, solo il fatto che mi ha fatto fare l'aborto perché magari lui è più grande e poteva accettare la cosa diversamente. Poi ho detto cosa sto con uno così che si vede che di me non gliene frega niente? Me ne vado così il cuore si mette in pace, occhio non vede cuore non duole…(Juana, ecuadoriana, 41 anni).

Le esperienze vissute di maternità adolescente e aborto rappresentano una frattura nella vita riproduttiva, che riflette e produce trasformazioni nel contesto familiare e sociale, segnando un punto di svolta nella vita delle donne migranti intervistate. Si tratta di un evento drammatico che si traduce

nella scelta di partire e cominciare una nuova vita per realizzare una nuova forma di famiglia e di donna.

Quando la gravidanza, invece, è vissuta da giovanissima condiziona la visione sulla maternità, la famiglia e l'identità. Si tratta di un'esperienza che determina una maturazione rapida legata al fatto di dover affrontare diverse difficoltà assumendo un ruolo attivo. Allo stesso tempo, la percezione di essere la causa di effetti negativi e dannosi per l'intero gruppo familiare, il senso di colpa provato, favoriscono dinamiche di cambiamento. Come racconta Rosa nell'intervista

> *Magari ho maturato. Io magari ho maturato quando ho avuto il bambino quando loro mi hanno lasciato e mi hanno detto di andarmene via di casa, magari da quel momento ho capito che la vita…che dovevo cominciare da zero, perché nonostante noi eravamo… come la spiego… in Ecuador non avevamo tanti soldi, mio papà… era un po' donnaiolo… ha perso tutto e poi se n'è andato con un'altra donna e ha lasciato mia mamma con 4 figli. E vedere i miei fratelli che erano piccoli, a uno mancava di finire la scuola, poi mia sorella quando andava a chiedere soldi che ci aiutasse mio papà, mio padre diceva "che vada a lavorare!". E allora tutto questo mi ha fatto così maturare…ho dovuto affrontare… ho dato sempre alla mia famiglia…poco sono stata felice, poco (Rosa, ecuadoriana, 43 anni)*

Il mito delle gravidanze precoci come epidemia è un'idea che circola nel discorso comune e nelle politiche di intervento delle istituzioni: il linguaggio medico, il discorso degli esperti e dei media contribuiscono alla formazione di una "comunità epistemica" che rafforza le politiche statali tramite l'enfasi posta sulla maternità adolescente come disastro, catastrofe con effetti drammatici per la donna e il bambino.

Il discorso pubblico e mediatico sulle gravidanze precoci si basa su alcuni assunti infondati che vengono dati per scontato: crescita rapida e incontrollata del fenomeno. Tutte le gravidanze precoci sono non programmate e quindi non desiderate: tutte le madri adolescenti sono madri sole. Tali argomenti sono utili e rafforzare un giudizio negativo sulla maternità adolescente come espressione di ignoranza e immoralità. L'enfasi sulle conseguenze catastrofiche serve a legittimare politiche di intervento statali.

Diverse indagini condotte sulla maternità adolescente mostrano che solo una minoranza pianifica la maternità o un percorso per farsi una famiglia: come per altre donne il fatto che la gravidanza non sia pianificata non significa automaticamente che sia non desisderata. Gli studi dimostrano quindi che tale comportamento riproduttivo non è sempre frutto di ignoranza o di basse aspettative, e che non determini condizioni di povertà o disagio. Lo stereotipo negativo e monocromo sulla maternità adolescente viene incorporato dalle politiche di intervento e

sostenuto dall'ideologia neo-liberale fondata sulla scelta individuale e sulla razionalità. Il discorso medico scientifico riflette e riproduce politiche stigmatizzanti sulle "gravidanze precoci".

In questo modo alcuni comportamenti riproduttivi come l'aborto, le gravidanze precoci, il rifiuto della contraccezione ormonale sono socialmente inaccettabili perché ritenuti immorali e espressione di ignoranza. Si tratta di scelte procreative considerate devianti rispetto al modello di riproduzione dominante basato sul calcolo costi-benefici, come piano "future-oriented" (Duncan, Edwards, Alexander, 2010:20) in cui l'avere un figlio è visto come ostacolo. Vengono infatti mistificati gli aspetti legati alla maternità adolescente come potenzialità positiva in condizioni soco-economiche svantaggiate, come opportunità e non catastrofe. Come testimonia Rosa la maternità adolescente può conferire un significato migliore all'esistenza.

Le narrazioni delle donne latinoamericane incontrate durante il lavoro sul campo mettono in luce come la posticipazione della maternità sia strettamente collegata a condizioni di disuguaglianza economica e sociale che impediscono la formazione rapida di una famiglia. A ciò si aggiungono rapporti di potere diseguali fra uomo e donna che definiscono un'idea di maternità come destino segnato. Come sostiene Pedone (2014), i mutamenti nel concetto di maternità sono vincolati da una parte alle idee e rappresentazioni apprese nel contesto di origine e nel gruppo familiare, dall'altra dipendono dalle disuguaglianze socioeconomiche che condizionano l'accesso alle informazioni sulla salute riproduttiva, nel contesto di destinazione. Le narrazioni raccolte sulle esperienze di aborto in Italia rivelano motivazioni di ordine economico e sociale, l'importanza di vicende personali e familiari, il ruolo delle rappresentazioni culturali sulla sessualità e sul genere e il peso esercitato dal sapere biomedico.

Nel nuovo contesto di vita alcune donne primo - migranti discutono di aborto e della decisione di non avere altri figli come una soluzione necessaria legata alle difficili condizioni di vita sperimentate nel contesto di arrivo che non permette di dedicare il tempo e le cure necessarie alla crescita di un figlio. Inoltre, avere un figlio ad un'età avanzata significa, in molti casi, assumersi il carico della cura dei genitori anziani, come racconta Dalila:

> *Qua è dura andare avanti, la vita è dura io lo vedo…tutti corrono di qua e di là, poi se hanno figli è un problema… io lo vedo con i miei compaesani. La scelta della vita mia… lo dico perché io quando mi sono sposata 10 anni fa, io la prima cosa che ho pianificato… ho detto con mio marito lavoriamo, pensiamo a lavorare, lui aveva due locali da gestire e io l'aiutavo, era una vita proprio di lavoro a tempo pieno e io non avevo manco la testa di fare una famiglia e io ho fatto questa scelta di non portare avanti la gravidanza perché non avevo nessuno, la sorella, nessuno qui, io e mio marito punto e basta. E poi mia suocera è anziana ha 88 anni e devo darle una mano è una vecchietta è una scelta di vita perché oggi la vita è dura*

è molto difficile far crescere i figli di darle il tempo necessario a queste creature. Ora ho 49 anni e aspetto che mio figlio arrivi e mi dica che avrò un nipote (Dalila, ecuadoriana, 49 anni).

Secondo me non è facile per le persone fare questa scelta (aborto), dipende, ci hanno pensato tanto, magari non ce la fanno, non lo vogliono, tante che sono incinte non vogliono stare incinte e lo fanno, dipende come è la situazione …a tutto c'è una risposta e quindi è inutile darsi una colpa cosi perché ci sono dei motivi per cui facciamo questa cosa, però sai che ci sono famiglie che hanno già tanti problemi che avere un figlio non è la miglior cosa…(Claudia, ecuadoriana, 37 anni).

Si, da noi è sempre stato cosi, se sei incinta da più di tre mesi non è che lo togli, te lo tieni, anche se mangi pane e acqua tutti i giorni te lo tieni (Claudia, ecuadoriana, 37 anni).

Nel caso di Claudia, la scelta di ricorrere all'aborto si spiega in relazione all'epoca di gestazione, al rischio di malformazioni e alla volontà del marito. All'interno di un modello riproduttivo basato sull'amore materno (Banditer, 1981; Gribaldo, 2018), la donna è responsabile non solo della salute del feto ma anche della crescita e del futuro del bambino. In caso di presunte malformazioni il ginecologo consiglia di abortire per evitare che il bambino subisca esperienze di sofferenza legate alla discriminazione sociale. Claudia esprime una critica all'aborto solo nel caso in cui venga eseguito oltre il terzo/quarto mese e in assenza di motivazioni mediche valide:

Con lui sono rimasta incinta una volta però la mia dottoressa mi ha consigliato di fare un aborto, perché prendevo la pillola. C'è stato un giorno che ho avuto dissenteria e sono rimasta incinta. Però la dottoressa mi ha detto che c'è sempre il rischio di una malformazione prendendo la pillola. E allora mi ha consigliato di toglierlo ma era il primo mese. Ho detto a lei di consigliarmi cosa potevo fare: "io ti consiglio di non averlo perché c'è il rischio che viene male il bimbo". E poi l'ho detto a lui (il partner). Se era per me lo tenevo ma lui è stato contrario, mi ha detto: "come si fa? è un bambino che poi ti viene male, non può avere una vita normale!". E poi scarica la coscienza su me che ho avuto un bambino non normale e poi soffro io e poi anche lui. Mi ha torturata con questa cosa che io ci pensavo che lo volevo avere lo stesso. Nessuno è Dio quindi solo lui sa se viene bene o male. E io lo volevo avere ma lui mi ha torturato tanto con questa idea e ho detto va bene lo tolgo e così ho fatto (Claudia, ecuadoriana, 37 anni)

Nel caso di Claudia il parere del medico assume un ruolo fondamentale nella scelta di ricorrere all'IVG. Nel discorso medico scegliere di mettere al mondo un figlio non in perfetta salute rappresenta una condotta immorale e irresponsabile. Le scelte procreative evidenziano la dialettica continua fra credenze, norme e pratiche: una negoziazione sviluppata all'interno di mondi morali legati al sapere biomedico e all'esperienza migratoria (Parisi, 2017).

Nella letteratura sulle migrazioni latinoamericane emerge il legame fra percorsi femminili e il concetto di maternità dominante nel contesto di origine (Herrera, Ramirez, 2008; Wagner, 2004, 2008; Pedone, 2008, 2014; Laomarsino, 2007, 2010; Abbatecola, 2010). In Ecuador, la nozione di

maternità assume una funzione determinante nella costruzione dell'identità femminile: la maternità è l'espressione di un senso del dovere inscritto nel femminile diversamente dalla paternità che è vista come una scelta. Allo stesso tempo, in un contesto contrassegnato dal diseguale potere nei rapporti di genere, la maternità rappresenta una risorsa, nel senso che permette l'acquisizione di uno status adulto necessario per esercitare un potere all'interno di un sistema patriarcale.
Occorre riflettere sulle scelte procreative come pratiche collocate sul limite fra ciò che è moralmente lecito e ciò che non lo è: la maternità può rappresentare una risorsa per le donne.

La narrazione di Soledad descrive la diffusione della pratica dell'aborto come scelta irresponsabile, tale scelta prende forma nella relazione madre-figlia che si sviluppa nel contesto sociale di appartenenza. I codici di condotta morale e le credenze religiose a cui si riferiscono vengono però rovesciati nel contesto di arrivo:

> *Anche un'altra problematica: nel nostro paese è vietato l'aborto. Perché anche quello è un problema di qua perché se tu a tua figlia a 12 anni invece di darle un consiglio sano da madre, parlo da sudamericana che sono, di dirle se tu devi fare un figlio, devi prenderti cura di te, non farlo… ma loro non le dicono quello, solo le mettono il preservativo e basta. Ma quando non lo usano rimangono incinta all'età piccola e dopo che cosa dicono? "Ah no io non voglio questo figlio mi faccio un aborto!" Così non funziona la vita perché se tu l'hai fatto tu non puoi fare un aborto! E qua si può fare già adesso no? Di là ancora no. Di là abbiamo ancora il nostro principio…vuoi fare sesso a quell'età? Aspetta un po' o dalle un altro consiglio ma non subito che: "mamma sono incinta io non voglio avere questo figlio!". Ma tu l'hai fatto! prenditi la tua responsabilità! Non perché adesso si può fare l'aborto, tu lo devi fare. E per quello magari la mentalità è cambiata tantissimo di qua, che non vogliono avere figlio per quello. Perché non ti prendi la tua responsabilità? Perché un figlio è una responsabilità, ti cambia la vita. Ma tu come madre non le puoi dire: "va bene andiamo dal dottore". E dopo di un anno: "sono incinta non voglio questo figlio". Non è una cosa che tu vai e compra. Il rispetto e l'amore, la tua religione dov'è? Non c'è principio non c'è niente. Secondo me questo è un motivo per cui di qua non si fanno figli, cioè fanno figli ma dopo l'abortiscono perché? (Soledad, ecuadoriana, 52 anni).*

La decisione di ritardare la maternità, come ricorda Pedone (2014), può essere legata all'esperienza di maternità precoce vissuta dalla sorella nel paese di origine che provoca un aumento del controllo paterno e materno. A questo proposito è interessate riportare la storia di Jenny.
Jenny è nata in Ecuador, proviene da un contesto rurale, ha frequentato le scuole fino alle medie poi ha dovuto iniziare a lavorare per aiutare la famiglia. L'esperienza di maternità precoce della sorella aumenta il controllo paterno sulla sua condotta sessuale e nelle relazioni di genere. Jenny decide di partire con l'idea di un futuro migliore e per aiutare la famiglia. Prima di partire ha accettato di sposarsi come condizione necessaria e indispensabile imposta dai parenti che in cambio le promettono una sistemazione certa a Genova. Dopo poco tempo in Italia trova lavoro e ricongiunge il marito. Nel

nuovo contesto di vita Jenny sperimenta un cambiamento nei ruoli di genere: il marito è disoccupato mentre lei diventa il capo famiglia, lavora come Operatore Socio Sanitario per un giovane uomo malato di SLA. Diversamente dalla sorella rimasta in Ecuador che ha avuto 3 figli, Jenny racconta la scelta di posticipare la maternità:

> I*l primo figlio l'ha avuto (si riferisce alla sorella) a 16 anni molto presto. Mi ricordo che era un 27 di dicembre, mi ricordo che mia sorella ha detto "ho mal di pancia". Allora lei dice "mi faccio una tisana per il mal di pancia". Quello l'ha aiutata ancora di più perché dopo mezz'ora è nato…ha detto "mamma, mamma mi cade qualcosa!" e lei ha detto "ma cosa ti cade?" - "è un bambino, sono incinta!". E allora la mamma l'ha preso, è stata velocissima. Ma lei lo sapeva, noi no, è stata una felicità… un bambino bellissimo. Io l'ho preso in braccio come se fosse mio. Sempre ce lo ricordiamo. Io in quel momento avevo 18 anni, da quel momento mio papà è cambiato, nel senso che non mi lasciava uscire se non quando andavo a lavorare. Un controllo pazzesco…Dico la verità, con mio padre così…non avevo neanche un fidanzato, con mio padre così era impossibile avere il fidanzato perché… quando mi piaceva un ragazzo lo dicevo a mio papà, avevamo un rapporto molto bello, "quel ragazzo mi piace" – "Cosa?! Dove!? quello no!". Quando ho conosciuto mio marito, lui…perché da noi l'uomo che fai entrare in casa tua quello deve essere tuo marito. Io non volevo far entrare nessuno ma quando ho conosciuto mio marito è stato mio padre a farlo entrare in casa perché io non l'ho fatto entrare, sempre è stata una cosa…lui è con mia sorella con i bambini, con i nipoti e sempre mi chiede "quando fai i tuoi bambini?", più avanti più avanti quando avremo più tempo, loro non sanno però forse non capiscono tanto, se un domani avrò un bambino, io l'ho spiegato ma non capiscono tanto queste cose (Jenny, ecuadoriana, 31 anni).*

In altri casi, in assenza della figura paterna, il controllo sulla moralità delle condotte soggettive viene esercitato dalle sorelle maggiori e dalla madre. Per Claudia, ultima di 4 sorelle, la migrazione rappresenta un'occasione per sfuggire al controllo della madre rimasta vedova che svolge la funzione paterna. In Ecuador, Claudia vive per un periodo sola con la madre mentre le sorelle sono in Italia e inviano le rimesse per mantenere le figlie che hanno affidato alle cure della madre e della sorella minore:

> *Tutte le mie sorelle sono andate via, meno una che è rimasta incinta a 17 anni. Una è scappata di casa, l'altra è rimasta incinta stando in casa e quindi a tutte è successo così. Te l'ho detto che ha un caratteraccio (la madre) noi preferivamo stare fuori di casa che dentro. Se lei sapeva che ero con un ragazzo mi picchiava, non è come qua che hai un ragazzo, esci con un ragazzo la prendi (la pillola) come fanno tutti i ragazzini, là no…Ho avuto una relazione con lui (il partner) la prima volta. Mia sorella era tornata in Ecuador e mi dice "hai avuto questa cosa qua!?" e voleva portarmi dal dottore per farmi vedere, controllare. Lui (il partner) ha voluto andare via di casa e con questa scusa qua ho dovuto andare via perché mia madre se veniva a saperlo mi ammazzava.*
>
> *I: perché?*
>
> *Perché abbiamo avuto rapporti perché di là è normale, è che qua sono più liberi prendi la pillola e vai. Invece mia madre, figurati, per quello sono andata via di casa.*

I Ma la pillola perché non c'era, non c'è? Non la vendevano?

Sì, sì di là c'è ma mia madre se scopriva che io avevo già avuto rapporti. No, non ho preso mai la pillola ma se scopriva che avevo avuto rapporti mi picchiava di sicuro, quindi ho dovuto andare via di casa.

I:Poi ti hanno portato a fare dei controlli? da un ginecologo? dove ti hanno portata?

Veramente a me non mi hanno mai portata sona andata via io prima.

I:Però ti volevano portare dal ginecologo .

Si, da un ginecologo per vedere se eri vergine o avevi avuto rapporti e quindi sono andata via prima perché lo sapevo che se mi portavano non ero normale e allora mia madre se sapeva chissà cosa mi faceva, ho dovuto andare via di casa per quel motivo li (Claudia, ecuadoriana,37 anni).

La gravidanza adolescente, l'aborto, l'infertilità rappresentano esperienze di sofferenza e momenti di rottura di ciò che viene considerato normale, naturale. A fronte di tali esperienze le donne attivano strategie di ricomposizione che mettono in campo risorse materiali, cognitive e relazionali per dare senso all'esperienza di sofferenza vissuta negoziando nuovi tipi di scelte, decisioni e strategie del sé. La posticipazione della maternità e il ricorso alla procreazione assistita rappresentano una forma di agency riproduttiva esito di un processo di ricomposizione delle fratture nelle traiettorie riproduttive. Le narrazioni delle donne evidenziano uno stretto legame fra le pratiche discorsive della medicina, le possibilità di cura e le scelte individuali. I saperi e le pratiche biomediche che intervengono nella sfera riproduttiva comportano una ridefinizione epistemologica della sterilità. L'esperienza di infertilità comporta un percorso lungo e doloroso di rinegoziazione dei piani, delle aspettative per il futuro e della propria esistenza in cui la PMA assume la funzione di una risorsa per ricomporre le fratture della riproduzione "naturale".

Come è emerso dalla ricerca sul campo, la maggior parte delle donne latinoamericane incontrate ha vissuto in modo traumatico il percorso di cura nel centro di infertilità, indipendentemente dalla diagnosi e dall'esito delle tecniche, altre mostrano atteggiamenti ambivalenti e di rifiuto indiretto, alcune scelgono di abbandonare. Oltre a ostacoli pratici, il discorso medico è legato a logiche stigmatizzanti, in alcuni casi ad un profondo razzismo. Tutto ciò agisce negativamente sul processo terapeutico, sul risultato e determina l'esperienza vissuta dalle donne. Infine, la diagnosi di infertilità in molti casi risulta ambigua per la donna: spesso si parla di infertilità inspiegata oppure in caso di fattore noto, molte volte le donne non percepisce una motivazione chiara, non sembra ottenere una spiegazione esauriente da parte del medico. Le testimonianze rivelano tensioni e conflitti tra la razionalità universalistica dell'intervento biomedico e i contenuti sociali eterogenei a cui fanno riferimento le donne nel processo decisionale. Il rifiuto delle tecniche esprime un'interconnessione complessa fra scelta personale e forze sociali legate al dominio maschile, al discorso biomedico, alle

credenze religiose e alla storia riproduttiva. Le donne di classe medio-alta, in condizioni socio-economiche favorevoli e stabili prendono decisioni contrarie al parere medico e al gruppo di pari rivelando i modi in cui la decisione non riflette automaticamente la diagnosi di infertilità.

6.1.4 Le traiettorie procreative e il mito dell'amore materno

Le motivazioni che spingono al ricorso alla PMA risultano da un intreccio fra storia individuale e familiare, capitale culturale, livello di istruzione, status sociale, contesto socio-culturale di origine e di vita. In molti casi, è possibile evidenziare la presenza di un profondo senso di colpa nella donna come l'espressione dello stigma sociale attribuito al femminile per l'infertilità di coppia. In questo caso, le donne hanno la percezione che aver rimandato il compito riproduttivo abbia condizionato in modo assoluto il futuro della coppia. Le donne si ritengono responsabili dell'infertilità di coppia a causa di un discorso medico in cui la condizione di infertilità è presentata come una condizione personale che prevede l'intervento del medico. Inoltre, il linguaggio medico enfatizza la presenza di un fattore femminile legato all'età. Attraverso l'analisi delle interviste è emerso il peso esercitato dallo stigma sociale della donna senza figli e le molteplici strategie messe in atto per superare tale condizione.

Nel caso di Lissette inizia a sentirsi vecchia all'età di 30 anni e si rivolge al Sant'Anna per un secondo tentativo di PMA. La coppia è consapevole di non poter sperare in un concepimento spontaneo in quanto, a seguito di un tumore avuto da giovane, il marito è azoospermico. La famiglia della donna sostiene la coppia nel percorso di procreazione assistita. Lissette decide di sottoporsi al trattamento in corrispondenza della maternità della sorella minore e percepisce il percorso di PMA omologa come una strada obbligatoria a causa delle condizioni del marito. Dall'intervista raccolta è emersa l'idea che l'esito del trattamento sia esclusivamente condizionato dall'età femminile:

> *Poi abbiamo detto…ho pensato che stavo invecchiando perché sapevo che era una cosa lunga che non era detto che alla prima attaccava e perciò ho detto sarà meglio che iniziamo ad informarci su come funziona, cosa bisogna fare, dove bisogna andare e così è iniziato tutto. Poi mia mamma mi ha messo tante cose…diciamo che un po' anche la gente in generale perché dopo che ci siamo sposati si è sposata mia sorella e allora mia sorella subito è rimasta incinta. Dopo che è rimasta incinta, mia mamma mi ha iniziato a torturare: "guarda che sono congelati! Marciscono!". Tutte storie sceme: "guarda che dopo un po' non vanno bene, guarda che dopo muoiono!". Gliel'ho detto a Simone e lui ha chiamato Milano e loro gli hanno detto: "ma siete scemi! Siccome sono congelati sono come appena fatti". Però già che eravamo lì ho detto proviamo, se ci rimango bene sennò ci riproviamo, c'è del tempo perché nel 2015 avevo 27 anni (Lissette, peruviana,30 anni).*

Jessica inizia a sentirsi vecchia a 38 anni e decide che non ha più tempo per provare "da sola", deve fare un tentativo con la procreazione assistita per non avere rimpianti né sensi di colpa in futuro. Dalle parole di Jessica è emersa l'idea che diventare madre sia un evento "naturale", "normale", fisiologico per una donna. Allo stesso tempo, è importante avere un figlio perché assicura un futuro tranquillo, da vecchia avrà qualcuno che si occuperà di lei:

> *L'ho fatto più per un domani, nel senso di non sentirmi in colpa per non aver provato. Perché anche se stavo bene così magari dicevo un domani. Adesso provo una sola volta sarà il destino che non vuole e così ho preso questa decisione così. Era la paura che un domani mi pesasse di più perché ne ho sentite persone… perché io ho fatto l'operatore sanitario e ho parlato con altre persone più grandi che non hanno avuto figli e si pentono tantissimo. Dicevo va bene è il destino e da lì ho iniziato a viaggiare, a fare tanti viaggi però poi l'anno scorso ho detto provo se va bene bene Dio lo vuole, se non va bene Dio non vuole, ho deciso così! (Jessica, ecuadoriana, 41 anni).*

All'interno di un modello di genere dominante fondato sulla naturalizzazione della maternità, la condizione di donna senza figli non è socialmente accettabile. Nelle parole di Juana la maternità assume il significato di una realizzazione personale, un modo per raggiungere la pienezza della condizione femminile:

> *Sì non è una malattia ma sai che cos'è noi donne a una certa età o anche hai bisogno di essere chiamata mamma vuoi fare la mamma vuoi avere… la cosa più bella nella vita avere un bambino essere chiamata mamma fare la mamma e per le persone che hanno questa difficoltà è dura se non sei forte di carattere puoi cadere in un pozzo…ti dico perché certe volte mi sono capitate selle giornate che ci stai malissimo piangi piangi stai male perché non riuscivo ad avere mio figlio. Dopo che ho avuto il mio bambino mi sono più tranquillizzata però poi dopo qualche anno che volevo fare un fratellino era complicato però poi avendo un bambino ti da la forza però per una donna vere questi problemi e non riuscire ad avere un bambino è ci stai malissimo malissimo (Juana, ecuadoriana, 41 anni).*

Le procedure complicate e impegnative, i numerosi esami invasivi, la somministrazione di una terapia ormonale, il rischio per la salute della donna rappresentano il prezzo da pagare per ottenere un figlio, per realizzare il desiderio di diventare madre:

> *È il prezzo che bisogna pagare per poter fare un figlio penso, no? poi dopo quando hai tuo figlio tra le braccia…quello della visita non mi veniva neanche in mente proprio assolutamente! Perché secondo me… cioè un bambino lo desideri, anche lui lo vuole comunque sarebbe la tappa finale del nostro amore diciamo che è nato un bambino perché comunque lo volgiamo, comunque vediamo tutti i nostri amici che hanno… non è perché loro ce l'hanno ma comunque lo voglio anche io uno! (Mariana, ecuadoriana, 37 anni).*

In alcuni casi, nelle relazioni di coppia non riescono a negoziare una nuova posizione per ottenere dei cambiamenti, al contrario, persiste la stessa asimmetria di genere legata a contesti di vulnerabilità sociale e a condizioni socio-economiche sfavorite. Nella prospettiva medica e nel discorso pubblico,

è emersa la stigmatizzazione della donna infertile: la responsabilità della procreazione appartiene alla donna. Ciò provoca nelle donne intervistate un forte senso di colpa per non essere ancora diventate madre, per aver deluso la famiglia e il partner. Il fallimento nel mancato assolvimento del compito riproduttivo implica un fallimento personale:

> *Tutto dipende da me nel senso che sono io a non riuscire a rimanere incinta. mi dispiace tanto questa situazione perché io so che non è colpa mia direttamente ma far passare tutto questo a mio marito mi dispiaceva perché non è una cosa facile magari non tutti riescono anche a fare…è un percorso che bisogna essere forti anche come coppia perché.. cioè lui gli ho detto tu volendo puoi avere un bambino… ma io lo voglio con te! Poi da noi è molto importante la famiglia per questo poi tutti hanno un bambino poi io mi sento diversa – piange- è questo. (Elena, ecuadoriana, 28 anni).*

Il senso di colpa per infertilità femminile è accentuato dell'idea di essere responsabili di far vivere al marito la sofferenza di non diventare genitore. In questa prospettiva, le testimonianze raccolte riflettono l'idea che il ricorso alla PMA sia motivato da un desiderio di paternità biologica che deve essere soddisfatto dalla donna:

> *Sì sì perché ti senti male proprio ti senti male ti senti in colpa perché vorresti capire per quale motivo cioè che cosa c'è che non va nel tuo corpo se sei tu la colpevole che non funziona vorresti capirlo però io l'ho voluto capire solo tramite me stessa e tramite l'aiuto dei medici ma la mia vita non mi piace che sia divulgata che mi dicano poverina non può avere un bambino no? a questo mi riferisco perché non è carino non è carino quindi io sempre ho detto vabbè io se non posso averne pazienza non è carino neanche quando me lo chiedevano come mai non avete bambini? cioè è difficile dare una risposta perché tu dici ma perché me lo chiedono? perché lo sanno? cioè ti fai un'idea diversa che magari non lo sanno neanche però te lo chiedono così poi in quel periodo lì tu vedi tutto male perché dici ma cavolo ma non sai quello che sto passando…che maleducato! (Nelly, ecuadoriana, 39 anni).*

Juana proviene dalla zona della Costa dove ha conseguito la licenza media poi ha iniziato a lavorare come operaia in una fabbrica di gamberi. In Ecuador vive un'esperienza di aborto da giovane e poco dopo decide di trasferirsi a Genova per questioni economiche e familiari. In Italia Juana è diventata madre all'età di 31 anni, si è rivolta al centro di infertilità nella speranza di avere un altro figlio. La sua testimonianza evidenzia lo sviluppo di un senso di responsabilità per non aver realizzato il modello di famiglia numerosa desiderato legato a processi di stigmatizzazione dell'infertilità femminile. Si ritiene colpevole dell'infertilità di coppia per aver rimandato la ricerca di un secondo figlio e per questo, nel momento in cui non riesce ad ottenere una gravidanza in modo spontaneo si rivolge alla PMA:

> *Però lo so che al momento stesso è un mio sbaglio perché non c'ho pensato prima, perché c'ho pensato già quando magari avevo poco tempo per fare dei tentativi, perché magari dopo che ho avuto il mio*

bambino potevo aspettare 3 anni e provare, invece… mi aspettavo sempre una cosa spontanea arriverà arriverà…mi sento in colpa (Juana, ecuadoriana, 41 anni).

Isabel ha 40 anni e si convince di non avere più tempo per concepire spontaneamente, per questo decide di provare ad avere un figlio con la PMA:

La mia scelta di fare un figlio a 40 anni è perché giustamente ormai ho 40 e poi non ho tempo (Isabel, ecuadoriana, 40 anni).

Diversi studi nell'ambito delle tecnologie riproduttive mostrano come il ricorso alla fecondazione assistita determini un impatto diverso sull'identità di genere (Rapp, 1998, 2001; Ginsburg, Rapp, 1991; Inhorn, Birenbaum-Carmeli, 2008; Franklin, 2013). Infatti, le tecnologie riproduttive interessano in maniera differente il corpo dell'uomo e della donna, nella maggior parte dei casi, l'intervento biomedico risulta molto invasivo per la donna. Infatti il trattamento prevede un periodo di stimolazione ormonale, un intervento in sedazione profonda per il prelievo degli ovociti e procedure per il trasferimento dell'embrione in utero. Come suggeriscono diversi studi (Franklin, 2013; Inhorn, Van Balen, 2002) tale intervento concentrato sul corpo femminile ha l'effetto di rafforzare e riprodurre l'idea che le donne siano le vere e uniche responsabili dei problemi di fertilità della coppia. In questo modo, il ricorso alle tecnologie riproduttive ha la funzione di rendere più potente il mandato della maternità.

Nel caso opposto, lo stigma sociale verso la donna infertile è riprodotto dalle stesse donne primo migranti che definiscono egoiste le donne che ricorrono alla procreazione assistita perché vogliono un figlio a tutti i costi:

Già lì per quello che penso io a volte siamo donne egoiste perché vogliamo avere un figlio a qualunque costo, vogliamo essere mamma a qualunque costo. E Dio ci conosce come siamo dentro, lui sa come siamo noi, cosa desideriamo, cosa vogliamo della vita. A volte c'è l'egoismo perché le cose devono venire spontaneamente come bere un bicchiere di acqua e tu bevi e ti dà piacere, ma se è una cosa forzata…Già noi se non diventa mamma in quel modo non gli vai a dare la colpa a Dio capisci come se dico a mio marito vorrei essere più alta no guarda che c'è un dottore che ti fa allargare un po' qua e un po' là. A Dio si deve dire grazie. Grazie per il giorno che mi dai, per la famiglia che ho, anche se siamo noi due io lo ringrazio perché la vita è tanto nel bene e nel male, io sono qua, tranquilla (Brenda, ecuadoriana, 53 anni).

In altri casi, la pressione familiare e gli atteggiamenti competitivi da parte del gruppo delle cognate rafforzano lo stigma sociale e motiva il ricorso alla PMA (Inhorn, Birenbaum- Carmeli, 2008), come racconta Elena:

Tutte le mie amiche hanno famiglia sì…tutte alla mia età hanno famiglia infatti quando cominci ad avere quasi trent'anni dicono alla tua età come mai… già subito si fanno l'idea che non puoi averlo, diciamo che nella famiglia di mio marito, con loro, tipo con le mie cognate non ne parlo molto di questo però mia

suocera lo sa. Dalla parte di mio marito è l'unica ma le mie cognate secondo me lo sanno già perché all'inizio mi dicevano come mai… perché loro sanno che mi piacevano i bambini e mi vedono no e… infatti loro dicono "strano che non vuoi avere figli" e io dicevo "ma aspetto ancora un po'". Invece adesso non me lo chiedono più però se ne sono accorte che ero un po' a disagio…anche se non me l'hanno mai detto direttamente. Direi che forse sì diciamo non voglio che dicano poverina queste cose non le sopporto. Nella loro testa dicono "no poverina non ha figli". Per questo non ne parlo ma penso che lo pensino però non me l'hanno chiesto. Se me lo dovessero chiedere glielo direi (Elena, ecuadoriana, 28 anni).

Nelle testimonianze delle donne che ricorrono alla PMA si riscontra l'idea che la salute riproduttiva rimanga un problema femminile, le responsabilità nella procreazione è attribuita esclusivamente alle donne. Come dimostra l'indagine etnografica di Pedone (2014) condotta fra le donne migranti "i temi che riguardano l'accesso alle informazioni sulla salute riproduttiva, le gravidanze in giovane età, la scelta dei metodi di contraccezione, l'aborto sono preoccupazioni femminili e, in ultima istanza, una responsabilità della donna" (Pedone, 2014, pag. 7). Il progresso tecnologico apre scenari inediti: a partire dalla metà degli anni novanta, l'introduzione della tecnica ICSI ha creato nuove possibilità e consentito a numerosi uomini infertili di avere un figlio biologico. La ICSI permette di risolvere i problemi di sterilità indipendentemente dall'età dell'uomo grazie all'intervento dell'operatore che attraverso un microscopio seleziona e procede all'inserimento di uno spermatozoo direttamente all'interno dell'ovocita. Mentre l'applicazione di nuove tecnologie riproduttive determina il superamento di problematiche maschili, la fertilità delle donne risulta strettamente correlata all'età. Pertanto, a seconda dei contesti socio-economici e culturali di riferimento, l'introduzione delle tecnologie riproduttive permette un rafforzamento dell'ordine di genere dominate attraverso la diffusione di dinamiche di stigmatizzazione delle donne che scelgono di posticipare la maternità (Inhorn, Birenbaum-Carmeli, 2008). In questi contesti, la PMA ha l'effetto di rafforzare il concetto di frattura del ciclo di vita femminile legato al sistema di genere.

6.1.4.1 La ridefinizione dell'istinto materno

La narrazione di Brenda esprime l'idea di una frattura nel concetto di riproduzione naturale che interpreta la maternità come vincolata al femminile tramite l'istinto materno. Brenda è sterile dalla nascita e sceglie di non ricorrere alle tecnologie riproduttive per diventare madre:

Io non ho fatto mai niente non ho mai avuto mai mestruazioni, per quello io non ho potuto avere bambini c'ho l'utero piccolino, l'utero infantile però non mi è venuta questa ansia di avere i bambini. Questo è il mio secondo matrimonio, prima mi sono sposata a 20 anni andavo a scuola poi andavo al collegio quindi con quella stessa persona mi sono sposata, 5 anni di matrimonio io gli ho detto a lui che non potevo avere figli, perché già prima di sposarmi mi ha fatto un esame allora io ho detto che non potevo avere bambini e

lui ha detto che non c'erano problemi neanche per me dico vabbè perché se ti viene un figlio sarà grazie a Dio se non viene sarà per qualche motivo che non posso avere bambini quindi mi metto il cuore in pace. Non mi è mancata quella sensazione. Poi sono venuta qua in Italia e ho conosciuto mio marito nel 2006. Poi ci siamo sposati e lui ha voluto avere un bambino e mi ha chiesto e ho detto non lo so allora ha detto andiamo ci facciamo vedere facciamo le analisi siamo andati in su e in giù e tutto e ci hanno detto che non potevamo perché c'era questo problema mio che avevo l'utero infantile, però sono normale solo quel fatto lì (Brenda, ecuadoriana, 53 anni).

Nella sua testimonianza dichiara di non sentirsi pronta per essere madre, in particolare spiega di non avvertire la presenza dell'istinto materno che invece appartiene alla maggior parte delle donne. Brenda ammette di possedere un istinto di grado diverso: un istinto di zia. Per questo non prova ansia per la sua condizione, al contrario, Brenda racconta di essere soddisfatta della sua famiglia anche se sono solo in due:

E' così sarà che non avevo l'istinto materno…io per me non sentivo di avere un figlio, per me non mi viene l'istinto, in cambio Soledad appena vede un bambino… l'istinto è un'altra cosa io non ce l'ho ho più l'istinto di zia ma… sì l'istinto materno non ce l'ho ecco non mi pesa tanto…io ero tranquilla se non ho potuto avere figli saprà Dio il perché, io non lo posso sapere. La unica domanda che mi faccio se sarei una cattiva madre o una buona…sarà perché non ho l'istinto di madre, mi sento più di zia (Brenda, ecuadoriana, 53 anni)

A fronte dell'impossibilità di ottenere spontaneamente una gravidanza a causa di un fattore femminile di tipo organico irreversibile, la narrazione di Brenda sulla propria condizione di donna senza figli mette in discussione il mandato della maternità spiegando che la scelta di non avere figli configura una condizione di vita accettabile:

Fino adesso non mi manca se non sono diventata madre perché non mi sento pronta ecco come mia sorella o i miei fratelli che loro c'hanno i figli, mio fratello ce n'ha 5 figli e mia sorella ha avuto 3 e un fratello 2 femmine quindi l'unica che non ha avuto figli sono stata io, però non mi sento male per quello, non ne sono contenta né niente, sono tranquilla…quello che il Signore ha deciso io lo prendo volentieri poi se non l'ho avuto, pazienza…(Brenda, ecuadoriana, 53 anni).

In questo caso, le donne che diventano madri ad un'età avanzata sperimentano nel nuovo contesto di vita un cambiamento nei modelli di maternità dominanti appresi nel paese di origine che induce ad una riflessione profonda sul significato attribuito alla maternità e alle relazioni di coppia:

Io ho avuto sempre in mente una famiglia con i miei due figli perché tu riesci a dargli tutto. Sì mi sarebbe piaciuto averlo prima perché io adesso ne ho 38 e sarò grande quando mio figlio sarà adolescente quando avrà la maturità non saremo più giovani come mia mamma, lei ha avuto un matrimonio da giovane magari si è sacrificata in quegli anni però ora è tranquilla, se li gode. Mi è dispiaciuto ma neanche tanto (Veronica, ecuadoriana, 38 anni).

La testimonianza di Isabel mette in luce un cambiamento nell'immaginario relativo alla maternità rispetto al modello dominante a livello discorsivo nel contesto di origine. Voler diventare madre senza considerare le condizioni materiali di vita rappresenta una forma di egoismo. Di fronte all'idea di una maternità come destino, percorso segnato per la donna, al contrario, per Isabel la maternità si configura come una scelta responsabile che dipende dalla condizione economica, dall'appoggio della famiglia e dal compagno. Dal racconto di Isabel è emersa una nuova forma di famiglia vincolata ad una trasformazione nella visione di maternità che si modella nel passaggio fra le generazioni e si rafforza con la migrazione:

> *Poi sai che cosa, anche nel mio paese non c'è quest'immagine… cioè una vista al domani… hai capito che per te il domani è a casa coi figli e bon, ok! Era un percorso segnato, non so, come donna era un percorso segnato. Ok, per me era così, certo io mi vedevo realizzata in uno studio con due figli … Il percorso era quello, era segnato, ora sono io diversa, sono cambiata. Secondo me i figli dipendono da quanto te la senti di averli cioè anche come rapporto, come soldi, come tutto, anche perché se poi tu hai due figli e devi sapergli anche dare da mangiare, da vestire, perché i figli costano. Mia mamma ha detto a mio papà: io ne voglio due e non voglio riempirmi di tanti figli e non sapere che cosa farne, perché lei veniva da una famiglia molto grande, quindi tipo 5 figli, mia nonna nel frattempo erano 7 e poi nel frattempo mia nonna ne aveva perso altri 7. Quindi per mia mamma era uno shock e allora hanno avuto tutti 2 figli. Non so dirti…forse sì, era tanto nella loro testa, nella testa delle mogli. Io sono stata sempre per due figli, io ora ne voglio uno (Isabel, ecuadoriana, 40 anni).*

Isabel considera un atteggiamento egoistico fare un figlio quando le possibilità economiche e le condizioni di vita non le permetterebbero di assicurare le condizioni migliori e il benessere del figlio ma allo stesso tempo desidera diventare madre come evento "naturale" che rende completa una donna:

> *Da noi mia nonna, mia mamma, mia zia siamo cresciuti in una grande famiglia dove se la mamma andava a lavorare c'era la nonna, c'era la zia, lo zio piuttosto che il vicino di casa, qua non c'è nessuno. Quindi anche le amiche comunque vanno a lavorare, hanno le sue cose, hanno la sua vita quindi è molto più egoista in quel punto di vista lì, perché poi comunque io non ce l'ho mia mamma e con mia zia non abbiamo un rapporto di quelli felici pazzesco che bel rapporto come quello che c'era in Ecuador. La mia scelta di fare un figlio a 40 anni è perché giustamente ormai ho 40 e poi non ho tempo, ho una situazione… anche il marito che mi posso appoggiare perché se non avessi un marito dove mi posso appoggiare? Cioè potrei anche dire vabbè smetto di lavorare quell'anno mi tengo mio figlio e poi riprendere a 42 a 45 anni con un figlio alle spalle è molto più difficile e sola sarò. Poi vedo che anche le mie amiche ce l'hanno fatta anche da sole, allora dico vabbè dai forse non è così malvagio. E alla fine…questo…cioè il desiderio di… l'ho sempre avuto però la mia questione è questa: quando si ammala, io lavoro con bambini e faccio la tata so cosa vuol dire un mese a casa e un giorno all'asilo. Per cui è un dramma, è un vero dramma, qua è un vero dramma fare un figlio e portarlo a scuola. Perché poi magari se c'ha la mamma o chiunque… ma se la mamma non può dire tienilo è tuo nipote! A chi glielo dice se non giusto magari gli amici che ti sei creato,*

i rapporti che hai fatto. Quindi magari anche mio marito mi dice tu non devi fidarti, tu non devi fidarti degli altri perché comunque alla fine sei da sola (Isabel, ecuadoriana, 40 anni).

La migrazione e il distacco dal contesto di origine rappresenta un modo per affermare il rifiuto della maternità come destino segnato per la donna. Allo stesso tempo, scegliere volontariamente una condizione di vita senza figli non sembra essere socialmente accettabile. Per questo motivo Isabel si rivolge al centro per effettuare un primo ciclo di PMA all'età di 40 anni. La prognosi non è buona, infatti durante la stimolazione ormonale non si nota la crescita di follicoli ma viene evidenziata la presenza di un fibroma in utero che può compromettere una possibile gravidanza. Le dottoresse del centro la informano che, data la situazione, esistono poche possibilità di recuperare ovociti maturi per la fertilizzazione. Isabel comincia a pensare di non essere pronta per l'intervento: ha paura di sottoporsi all'operazione perché pensa di ottenere un altro fallimento. Dopo aver riferito i propri dubbi, gli operatori la convincono che sia giusto concludere il percorso, in ogni caso. L'intervento non ottiene risultati, non vengono recuperati ovociti e Isabel è distrutta. La dottoressa la invita ad un colloquio conclusivo a cui la donna si presenta senza il marito. Durante il colloquio il medico le suggerisce di considerare strade alternative alla PMA in quanto l'intervento biomedico, nel suo caso, non è indicato: non aumenterebbe le possibilità di concepimento e non esistono cure efficaci per il fibroma. Isabel è profondamente arrabbiata con sé stessa per avere riposto fiducia nel percorso biomedico e negli operatori che hanno deciso di eseguire l'operazione nonostante le scarse probabilità di successo. Il fallimento dell'operazione ha provocato in lei una profonda delusione. Isabel lascia il reparto in lacrime, correndo per le scale. Nel caso di Isabel, il fallimento delle tecniche è assunto come una responsabilità che si aggiunge al mancato concepimento spontaneo provocando frustrazione e senso di colpa.

Nel racconto di Juana è emersa la contrapposizione fra le due visioni di maternità e famiglia che considera in opposizione, appartenenti al contesto di origine e a quello di vita:

Da una parte la vedo sbagliata perché penso che i figli si dovrebbero fare da giovani perché da grandi non si ha più la stessa energia che si ha la voglia…e però nello stesso tempo dici sì una ragazza magari come fa? Prima magari pensa a studiare, a farsi una professione, poi è una cosa un po' complicata… sì però preferirei la prima che vengano i figli fatti da giovani e magari scusami in un secondo momento dopo che magari i bambini sono un po' più grandi puoi andare sempre avanti con lo studio, con la tua carriera… Per me è importante anche…è una cosa che si sta perdendo, da una parte ormai nessuno vuole il matrimonio, si disfano subito, ormai nessuno vuole fare più la mamma o stare a casa a fare la casalinga, la donna ora è più per il lavoro e la carriera, per la propria immagine, invece io sono dell'altra mentalità, sto più volentieri a casa per questo perché vedo che tante cose si stanno perdendo, si trascurano. I matrimoni durano pochissimo perché non si ha più la voglia di stare a casa, sono pochi appunto (Juana, ecuadoriana, 41 anni)

Dal racconto di Juana è emerso un atteggiamento ambivalente rispetto alle tecnologie riproduttive tra entusiasmo per il superamento della condizione di sterilità di coppia e paura del fallimento, tra scelta e condizionamento (Gribaldo, 2005). Al termine dell'intervista espone i suoi dubbi in proposito ad un nuovo tentativo, mi chiede informazione rispetto al limite di età per l'accesso ai servizi pubblici di cura per l'infertilità:

> *Sì non è facile no no però devo dire che io l'ho vissuta abbastanza tranquilla ovviamente sapevo tutte le mie problematiche quindi a casa non arriviamo molto ottimista là e poi tornavo a casa e piangevo perché io stavo provando so che stavo provando l'impossibile e sapevo già che c'è il pro e c'è il contro e ti chiedi da una parte sei entusiasta però dall'altra parte sai che facendo certe cure puoi andare anche a come si dice puoi andarti a che già con i problemi che io avevo facendo cure ormonale i miei problemi possono aumentare capito (Juana, ecuadoriana, 41 anni).*

Anche in questo caso, il medico non approfondisce la storia personale riproduttiva, la situazione familiare e le condizioni di vita che hanno ostacolato o ritardato il ricorso alle tecnologie riproduttive. Atteggiamenti ambivalenti, situazioni di blocco e incomprensioni definiscono in modo negativo l'esperienza di ricorso alla PMA. Dalla partecipazione e osservazione sul campo, il primo aspetto rilevante riguarda la relazione profondamente diseguale fra medico e paziente su cui si basa il processo di cura in ambito clinico. In questo quadro, il medico è considerato come l'esperto della malattia, possiede ottime competenze linguistiche e padroneggia i codici culturali della società in cui si trova. Al contrario, il paziente migrante spesso possiede un livello di competenza linguistica medio-basso ed è estraneo alle logiche culturali dominanti nella società di accoglienza che regolano l'accesso e la fruizione delle tecnologie biomediche.

Nel rapporto di cura, l'interpretazione formulata dal paziente sulla malattia non viene presa in considerazione, al contrario subisce una svalorizzazione, l'ipotesi del soggetto in cura è ridotta ad una credenza arcaica mentre la diagnosi clinica assume la funzione di una verità assoluta perché valida scientificamente. Come ho potuto constatare, il lessico diagnostico che si riflette nelle cartelle e nei diari clinici si basa sull'esclusione della storia familiare, personale e del contesto socio-culturale di origine e di vita del soggetto migrante. L'indagine etnografica fra le donne migranti che accedono al dispositivo della PMA, ha permesso di esplicitare le logiche sottostanti alle pratiche istituzionali riguardo il concetto di infertilità: mistificazione del ruolo svolto da fattori socio-culturali; rimozione di aspetti legati alla classe sociale di appartenenza nelle scelte riproduttive.

6.1.5 Esperienze di PMA tra immaginari e forme di famiglia

Le trasformazioni avvenute nell'ambito del concetto di maternità fra le donne migranti, in particolare la scelta di posticipare la maternità rappresentano il risultato della combinazione fra diversi elementi: le idee dominati nel contesto di origine e in famiglia, il grado di formazione dei genitori, il contesto socio-culturale di nascita e la classe sociale (Pedone, 2014), l'acceso alle informazioni sui diritti sessuali e sulla salute riproduttiva, i metodi contracettivi disponibili e le possibilità di aborto offerte nel contesto di destino (Hirsh, 2003). Mentre le donne pioniere della migrazione, separate o divorziate, le famiglie di status socio-economico medio, con livelli di istruzione medio-alti sono più aperti al dialogo con le figlie e al cambiamento nelle pratiche riproduttive e nell'ambito della salute riproduttiva, le famiglie migranti di livello socio-economico medio-basso e con un livello educativo basso vivono l'aborto e l'infertilità come un tema tabù anche nel contesto di arrivo.

Le giovani donne presentano un posizionamento ambiguo rispetto ai temi relativi alla riproduzione e alla sessualità, in alcuni casi rivendicano rapporti di genere più equi in relazione al percorso migratorio, al contesto di destino e di origine, all'esperienza di migrazione della madre. Dalla ricerca sul campo è emerso il ruolo esercitato da familiari e amici che applicano un controllo morale sul femminile in relazione al grado di consolidamento della rete migratoria transnazionale. La condotta soggettiva è in ogni caso sottoposta alla valutazione del partner e delle compagne. In alcuni casi, le stesse donne adottano stereotipi verso le che ragazze che esercitano una maggiore libertà nelle relazioni di coppia e non si adeguano al modello di maternità dominante, rafforzando così il controllo sociale.

La storia riproduttiva e la storia familiare condizionano l'esperienza di infertilità e il ricorso all'intervento biomedico anche se non determinano un comportamento univoco ma una pluralità di comportamenti. Dai racconti delle donne migranti sono emerse questioni relative al senso di colpa per aver scelto di posticipare la maternità in relazione ad esperienze di aborto o di gravidanze precoci vissute nel contesto di origine. Le donne che scelgono di ricorrere alla PMA in età avanzata descrivono la pressione esercitata dallo stigma sociale verso le donne senza figli che sono considerate egoiste e ciò incide sul ricorso alle tecnologie riproduttive a cui si aggiunge il senso di colpa provato per le esperienze vissute di aborto o maternità precoce.

La famiglia moderna si basa su tre aspetti fondamentali: l'amore coniugale, base del matrimonio come relazione legata all'affetto e alla passione; l'amore genitori-figli che funziona in modo da rafforzare la relazione genitoriale legittimando la filiazione da mero fatto biologico a insieme di diritti e doveri; la divisione dei compiti in base al genere basata sul condizionamento a non essere altro che madri cioè consacrate ai figli e alla casa, in riferimento alla nozione di natura femminile di cui la maternità è il perno centrale (Banditer, 1981; Segalen, 1988; H. Corrochano, 2016).

Il modello ontologico dell'amore materno (Badinter, 1981; Beneduce, 2014; Rapp, 1998, 2001) diffuso a partire dalla propaganda illuminista si propone di convincere la donna ad essere madre manifestando una dedizione assoluta. In questo modo, "il senso di colpa aveva conquistato il cuore delle donne" (Badinter, 1981): la consacrazione della madre a regina del focolare si traduce nell'acquisizione di un senso di responsabilità assoluta. In questa prospettiva, la madre è responsabile della salute del bambino e perciò deve assicurare presenza e attenzione continui. Al contrario, emerge il rifiuto dell'idea che l'amore materno non sia indefettibile: non amare i figli è un crimine imperdonabile, la donna che declina la maternità è snaturata, scandalosa e aberrante.

In questa prospettiva, si denigrano le donne che non vogliono avere figli come egoiste, immature, narcisiste, e le donne sterili sono paragonate a rami secchi in corrispondenza del ruolo di madre rassicurante, fonte di dolcezza e amore. Nel discorso dominante sulla questione della maternità si passa dalla funzione biologica del procreare a quella di allevare, crescere ed educare all'interno di un processo di responsabilizzazione della donna espressione dell'ideologia materna. In questo caso, Badinter descrive un processo storico "poiché la donna poteva essere madre, non soltanto se ne è dedotto che doveva essere madre ma anche che doveva essere soltanto madre e poteva essere felice solo nella maternità" (1981, pag. 105). In questo modo, la nozione di istinto materno occulta la pressione sociale esercitata per costringere le donne a realizzarsi soltanto nella maternità. Essere madre permette di essere riconosciuta in quanto donna, in relazione ad una argomentazione economica e sociale che assegna la felicità e l'acquisizione di diritti riservati alla donna-madre: "siate buone madri e sarete felici e rispettate. Rendetevi indispensabili alla famiglia e otterrete il diritto di cittadinanza" (Banditer, 1981, pag. 105).

La logica dell'amore materno ha permesso di non considerare il fatto che il desiderio di maternità possa essere "parzialmente alienato" (Badinter, 1981, pag. 263), ovvero rappresenti il tentativo di aderire ad un modello sociale, una risposta alle norme sociali che condannano la condizione di essere senza figli e prevedono il riconoscimento sociale della donna solo in quanto madre. La maternità è un mostro a due teste: una forma di alienazione e schiavitù, una risorsa. Nel rapporto fra donne e procreazione il simbolo della madre oscilla fra i poli della denigrazione e della esaltazione. Secondo Rich (1979) occorre riconoscere il potere riproduttivo come risorsa o schiavitù: da una parte il valore assoluto del mito della maternità come esaltazione della fecondità mentre dall'altra la fertilità come costrizione del patriarcato.

Come affermano Ginsburg e Rapp (1991, pag. 314) "esigenze contrastanti poste e talvolta accolte dalle donne sono sempre modellate da attori e istituzioni con particolari interessi": gli apparati mediante i quali la riproduzione viene governata sono costituiti da forze dello Stato che definiscono

in modo diretto o indiretto le norme culturali sulla famiglia e i meccanismi di controllo sulle popolazioni. In una prospettiva liberale e individualista, lo sviluppo delle tecnologie ha consentito un miglioramento delle possibilità di scelta, e allo stesso tempo, l'introduzione e lo sviluppo di forme di controllo delle nascite rappresentano metodi per regolare le pratiche riproduttive. La promessa implicita contenuta nello sviluppo delle conoscenze scientifiche e dei servizi medici consistite nell'idea di migliorare la sopravvivenza dei bambini, migliorare la salute delle donne e curare l'infertilità "ma questo progresso spesso ha i suoi costi" (Ginsburg, Rapp, 1991, pag.315). L'intenzione giustifica le valutazioni sui comportamenti delle donne che si traducono in un controllo constante sulle condotte femminili.

6.2Fare famiglia fra PMA e adozione

Numerose ricerche antropologiche nell'ambito della PMA esplorano l'impatto prodotto dalle tecniche riproduttive sulla parentela e sulla nozione di famiglia (Stratern, 1992; Franklin, 1997, 2006; Inhorn, Birenbaum-Carmeli, 2008; Thompson, 2015, 2016). Stratern (1992) evidenzia il modo in cui le tecnologie riproduttive decostruiscono e de-naturalizzano il rapporto fra natura e cultura: il ricorso alla PMA può essere visto come una pratica capace di decostruire le categorie fondamentali di maternità e paternità (Thompson, 2015, 2016; Franklin, Ragonè, 1998). Infatti, secondo Stratern (1992: 27), la PMA ha permesso lo sviluppo di "una nuova convenzione, la distinzione tra genitori sociali e biologici, superando il vecchio modello della parentela, come costruzione sociale di fatti naturali". Nel contesto europeo, la presenza delle tecnologie riproduttive ha prodotto nelle coppie infertili una instancabile ricerca del figlio biologico e una tendenza ad escludere, a livello discorsivo, le possibili alternative come l'adozione, un tempo considerata la "soluzione naturale" all'infertilità (Inhorn, Birenbaum-Carmeli, 2008; Franklin, 2006).

Nell'indagine etnografica condotta presso un centro di fertilità in Camerun, Bonnet (2014) ha raccolto le esperienze delle coppie infertili di origine africana che ricorrono alla procreazione assistita, nel tentativo di analizzare l'impatto delle tecniche riproduttive sulle rappresentazioni della famiglia. A partire dalla distinzione fra l'adozione internazionale come procedura giuridica gestita dallo Stato e il fosterage[146] quale pratica privata tra parenti, Bonnet (2014) si focalizza sulle pratiche alternative alle tecnologie riproduttive, al fine di evidenziare le molteplici strategie messe in atto dalle donne in relazione al modello di famiglia dominante.

[146] Fosterage: assistenza e cura di un bambino in vece dei genitori; affido.

6.2.1 Il desiderio di maternità: la ricerca del figlio "naturale"

Durante il lavoro sul campo svolto presso il centro di infertilità dell'Ospedale Sant'Anna di Genova, le donne intervistate esprimono opinioni critiche sull'adozione internazionale o l'affido temporaneo fra parenti. Infatti, è emersa l'idea che l'adozione, l'affido fra parenti e la PMA eterologa rappresentino forme di maternità e di famiglia di "seconda scelta" (Bonnet, 2014). Il ricorso alla PMA di tipo omologo è considerato il metodo più efficace e "naturale", non sembrano esistere alternative valide ma si riscontrano differenze in relazione alle caratteristiche del soggetto, alla classe sociale, al percorso migratorio, la storia riproduttiva e familiare. Mentre in altri contesti le reti di accudimento dei bambini sono formate da figure con cui non hanno un legame di sangue (Etienne, 1979; Bonnet, 2014a, 2014b; Busoni, 2000), dal materiale etnografico raccolto è emerso che le alternative alla filiazione biologica sono fortemente criticate poiché responsabili di causare sofferenze e svantaggi al bambino adottato e ai genitori adottivi per effetto dei processi di stigmatizzazione.

Nella ricerca sul campo condotta nel reparto di PMA dell'Ospedale Sant'Anna di Genova, le donne migranti di origine ecuadoriana e peruviana che scelgono di sottoporsi alla fecondazione assistita si possono distinguere due gruppi: nel primo rientrano le donne alla ricerca del primo figlio mentre fanno parte del secondo gruppo le donne che desiderano un secondo o terzo figlio (con lo stesso partner o un nuovo compagno). Nel caso di donne alla ricerca del primo figlio è emersa una narrativa dominante legata al desiderio di sperimentare la gravidanza: il figlio biologico è il simbolo di una maternità "vera", "naturale", "normale". Allo stesso tempo, le pratiche adottate e le narrazioni esaminate rivelano alcune contraddizioni, legate alla classe sociale, al percorso migratorio e alla storia familiare e riproduttiva del soggetto.

Il gruppo delle madri in cerca di un secondo figlio è formato da 7 donne di cui 3 non sono state ammesse ai servizi di procreazione assistita per motivi legati alle norme d'accesso: superamento del limite di età stabilito dalla legge, documenti irregolari di soggiorno, sterilità volontaria. Quattro su sette cercano un figlio con il nuovo compagno mentre le altre hanno deciso di fare ricorso alle tecnologie riproduttive dopo un concepimento spontaneo ottenuto con l'attuale compagno. Una di loro ha già due figlie mentre un'altra ha avuto tre figli di cui uno è mancato da poco. Tra le donne già madri, solo una ha rifiutato di sottoporsi alle cure a fronte di una diagnosi di infertilità di coppia inspiegata ed è rimasta incinta spontaneamente dopo qualche tempo.

Nel gruppo delle donne che ricorrono alla PMA in cerca di un secondo o terzo figlio, a seguito della migrazione, alcune donne raccontano di aver sperimentato una maternità a distanza e forme di affido tra parenti, altre si sono prese cura dei nipoti mentre la madre biologica era lontana, altre realizzano

nuove forme di famiglia mediante pratiche ufficiali di adozione o costituiscono una coppia di fatto con figli non in comune.

Le testimonianze raccolte durante la ricerca sul campo fra le donne in cerca del primo figlio rivelano un desiderio profondo di essere madre attraverso un concepimento "naturale", molte sottolineano il sogno di vedere "crescere la pancia":

> *Adesso ho la mia vita, io ho scelto questo, io voglio prima di essere estetista, prima di essere tutto, quello che voglio… io voglio essere mamma. Per me la cosa più importante era essere madre non mi sentivo completa senza quello io volevo essere mamma e basta (Maria Vera, ecuadoriana, 41 anni).*

> *Perché secondo me… cioè uno lo desidera… anche lui (il marito) lo vuole, comunque sarebbe la tappa finale del nostro amore… diciamo… che è nato un bambino perché comunque lo volgiamo, comunque vediamo tutti i nostri amici che hanno… non è perché loro ce l'hanno ma comunque lo voglio anche io uno! (Veronica, ecuadoriana, 38 anni).*

> *Voglio mio figlio, lo voglio vivere io, capire io, sentirlo io, vedere come viene cioè tenerlo io dentro di me cioè per me… quello …(Nelly, ecuadoriana, 38 anni).*

> *A volte dico magari non è il momento non si sa cosa può succederti però la cosa che mi ha fatto sempre stare male per quello ci voglio provare perché non voglio neanche dire se non succede me ne faccio una malattia perché a volte mi è sembrato che fosse diventata un'ossessione voglio allontanarmi da questa idea magari non parlandone più facendo altre cose un viaggio cose così per non pensarci proprio perché se ci penso allora sto male. In effetti era da tanto tempo che non piangevo e oggi…sì ma perché è proprio l'argomento che mi fa (Lissette, peruviana, 28 anni).*

Secondo Mercedes, la gravidanza ha un ruolo determinante nella vita di coppia in quanto permette lo sviluppo di un sentimento di paternità:

> *La PMA unisce ma separa anche perché comunque sia l'uomo può vivere la gravidanza magari quando sente il calcio no dici metti la mano qua e senti che dà il calcio il bambino e quando ce l'ha tra le mani… ma è la donna che sente il cambiamento interno il seno, i dolori, la pancia che ti cresce, i movimenti piccoli la nausea la stanchezza tutte queste cose…(Mercedes, ecuadoriana, 41 anni).*

Per le coppie di origine latinoamericana, di status socio-economico medio-basso, l'esperienza di infertilità di coppia e il ricorso alla PMA, in molti casi, provoca tensioni fra i coniugi e una profonda sofferenza individuale. In particolare, se non si verifica un concepimento spontaneo emerge un conflitto profondo fra i partner: in relazione alla responsabilità individuale che determina la condizione di infertilità, si sollevano dubbi sul fatto che la relazione possa sopravvive alla sterilità. In questo senso, "la mancanza di figli lascia un vuoto per le donne che nient'altro può colmare" (Nachtigall, 2010, pag. 9). Come emerge dalle interviste raccolte, il desiderio di un figlio biologico è tale da provocare ansia, depressione, un'ossessione per il concepimento "naturale":

Ho pianto infatti piangevo lì in sala piangevo proprio disperata perché poi appunto ero molto agitata, non dormivo più alla sera, piangevo ovunque a tutte le ore perché appunto ci speravo tanto lo desideravo tanto e…ero…infatti ormai ero…perché poi diventa un chiodo fisso… perché io no…poi ero depressa, forse anche nel senso che piangevo sempre, mi svegliavo di notte e piangevo perché mi veniva da pensare: perché io? Perché? Per quale motivo non ci meritiamo questo? In effetti io a mio marito ho detto guarda se non va bene questa mettiamoci il cuore in pace, basta se non va bene questa io non me la sento perché come dici tu sì è per la coppia ma è la donna che…ero io che dovevo andare in ospedale 2 3 volte a settimana che deve fare la visita, deve vedere le altre coppie, c'è a chi va bene per fortuna e a chi no. Poi il malessere… perché veramente stavo male, perché per dirmi: Guardi lei deve stare sdraiata non deve fare nessuno sforzo a casa a riposo fino a sabato. E quando sono andata a fare il test di gravidanza io non ci credevo – ride- dicevo non è possibile invece è andata bene (Mercedes, ecuadoriana, 39 anni).

Nella sua indagine sulle donne di origini messicane negli Stati Uniti, Hirsch (2003) identifica il modo in cui le norme di genere rafforzano "un'intensa ricerca" di procreazione e genitorialità. Come raccontano le donne incontrate durante la ricerca sul campo, il desiderio si trasforma in ossessione a causa della percezione di una responsabilità assoluta della donna nell'infertilità di coppia. Il ricorso alla medicina stabilisce la presenza di una disfunzione nel processo biologico che implica l'idea di una responsabilità femminile nella condizione vissuta:

… io non la capisco sta' cosa forse perché io lo desidero talmente tanto quindi per me è inaccettabile che una donna dica decido di non averne. Forse non mi sentirei completa se non ne avessi rimarrebbe quel pezzettino vuoto…mi sentirei un po' un fallimento, un pochino sì, perché non sono riuscita a fare la cosa più semplice (Pamela, peruviana, 30 anni).

La cosa peggiore che ti puoi sentire dire da tuo marito è: il tuo è un chiodo fisso non ci pensare poi passa arriva da solo stai tranquilla. Quella è la cosa che non bisogna dirla mai, mai, la cosa che a me faceva imbestialire ancora di più perché è come dire…non ci pensare, è impossibile, non ci pensare!? non ci pensare!? No! per me almeno era così per quello ero arrivata già al limite di dire no, basta, non ce la faccio.

I perché stava diventando una malattia?

Sì una malattia proprio…(Mercedes, ecuadoriana, 39 anni).

… il mio problema iniziava ad esserlo quando mi hanno detto (i medici) che è un problema averlo. Quindi lì sì ero un po' ossessionata perché poi alla fine diventa un ossessione perché dici come mai… cioè sei tu la…sei una persona che ti mantieni tranquilla, non sei una che fai delle cose che non dovresti fare ma come mai… e quindi è stata la cosa più dura però poi è stato molto vicino lui (marito) mi ha detto no non ti arrendere e vediamo che si può fare…facciamo questo esame, tutte queste cose mediche no…che ci possono aiutare…e infatti alla fine ho deciso di fare diciamo quella che dicono a vetro no? (Nelly, ecuadoriana, 38 anni).

In uno studio condotto sulle coppie infertili latinoamericane residenti a San Francisco, Nachtigall (2010) mette in luce la presenza di un ampio spettro di argomentazioni riguardo all'adozione. Le opinioni delle coppie si possono inserire in un continuum compreso tra due posizioni estreme: da una parte, il rifiuto dell'adozione in modo assoluto, dall'altra tale pratica è considerata un'alternativa possibile alla nascita "naturale". Nonostante l'eterogeneità delle posizioni riscontrate, Nachtigall (2010: 8) afferma che "un concepimento naturale e una relazione biologica con i bambini sono rimasti il punto di riferimento primario per la valutazione delle alternative".

Nel caso in cui l'infertilità non si risolva nel tempo, il desiderio di maternità e procreazione spinge le coppie ad eseguire un ulteriore tentativo di PMA oppure a ricorrere all'adozione. Dall'indagine di Nachtigall (2010) condotta nel contesto statunitense, il ricorso alla PMA è considerato dalle coppie latinoamericane una strategia valida ma non sempre disponibile soprattutto per le categorie a basso reddito.

6.2.1.1 Il valore attribuito al figlio e alla famiglia

Dalle testimonianze raccolte è emerso il condizionamento maschile nelle scelte riproduttive e le dinamiche che tentano di nasconderlo. Nel caso di ricorso alla PMA per ottenere un altro figlio con lo stesso compagno, un elemento rilevante emerso dall'analisi delle interviste riguarda il fatto che il secondo figlio rende una donna completa e soddisfa il desiderio di paternità del marito poiché il figlio unico non è considerato sufficiente per costituire una famiglia:

> *Questo l'ho fatto perché i bambini mi piacciono e volevo dare un fratellino a mio figlio in modo che lui non sia da solo nel momento che lui sarà grande non poter dire mio fratello e mia sorella è una cosa che mi fa…anche lui (marito) avrebbe voluto la famiglia numerosa che gli piacciono i bambini tantissimo ama i bambini fa il padre come si deve non solo perché sono padre e basta fa il padre come va fatto e io ho detto allora io corro questo rischio e lo faccio questo tentativo anche se si sa che c'è il pro e c'è il contro perché come i miei problemi che ho potevo andare a peggiorare la mia situazione (Juana, ecuadoriana, 41 anni).*

Mercedes non vuole un altro figlio perché preferisce dedicarsi al lavoro mentre il marito ne vorrebbe uno. Dopo qualche tempo Mercedes si convince e decide di sottoporsi ad un nuovo ciclo di PMA:

> *L'ultima volta che abbiamo visto la dottoressa ha detto "perché non provate ancora?" e allora mio marito le ha dato corda subito. Lei ha chiesto quanti anni avevo e le ho detto che siamo sui 40, "vabbè dovete pensarci" e mi ha chiesto "ma tu vorresti?". E io ho detto no perché appunto se fossi senza lavoro… se non avessi lavoro e non devo dar conto a nessuno…no dove vai a che ora arrivi perché non vieni o come*

va come non va qual è il risultato quando è la data che ti fanno… allora forse un pensierino lo farei (Mercedes, ecuadoriana, 39 anni).

Nel caso di donne alla ricerca di un secondo figlio con un nuovo compagno, è emersa la rilevanza attribuita al desiderio di paternità biologica. Per Cristina, la scelta di sottoporsi alla PMA è un segno di amore verso il nuovo compagno infertile. In questa prospettiva, il figlio biologico è qualcosa che unisce la coppia perché appartiene solo a loro:

In pratica io potendo farlo…io sono molto fertile, invece mio marito… dopo la separazione con il papà del bambino, quello che ho dico a lui… io credo che sia un legame forte tra di noi perché essendo che io posso e lui non può essendo anche giovane posso… guarda io non c'ho voglia perché è una fatica per me che posso averlo tranquillamente però se tu ami una persona ormai siamo una famiglia perché lui vuole tanto bene a mio figlio vabbè dico io ce la metto tutta perché bisogna andare là fare il monitoraggi se ci tieni non è una cosa che alla fine pesa…L'aiuto tanto… Lui magari pensa che magari trovo un altro o anche lui non è che sia un 40 enne e io gli dico guarda che io se ne ho uno non è che ti dico arrivederci…semmai mi tengo il mio bambino. Gli dico guarda nonostante il mio percorso io comunque per il nostro rapporto ci tengo ad aver qualcosa di nostro che ci unisca ci tenga più legati, credo che lo tranquillizza, lo rassicura un po'.

I: è importante un figlio per la coppia?

Secondo me sì perché è una cosa che in pratica avere un bambino no secondo me unisce un po' di più la coppia. Non lo so magari qualcuno la pensa diversamente. Noi sudamericani lo diciamo sempre. Abbiamo una casa tutta nostra, prima abitavamo con mio papà adesso abbiamo una casa in affitto noi tre perché è bello aver qualcosa di nostro però avere un figlio ci tengo, gli ho detto guarda proviamoci io non ho nessun problema sarà un po' faticoso ma alla fine potrai vedere qualcosa che ti dà soddisfazione quindi sì ma anche lui dice sì lo vorrei perché se siamo una famiglia dobbiamo avere qualcosa di nostro che ci unisca un po' di più (Cristina, ecuadoriana, 27 anni).

Come è emerso dal racconto di Rosa il secondo figlio è importante per la coppia soprattutto in relazione al desiderio del compagno di avere un figlio "naturale". Rosa ha 43 anni, ha avuto un figlio avuto in Ecuador all'età di 16 anni. Il figlio è stato cresciuto dalla sorella mentre lei si trovava in Italia dove lavora per mantenere i genitori malati, i fratelli e le sorelle. Il nuovo compagno ha adottato una bambina in una precedente relazione che considera una figlia "di altri". Per questo Rosa desidera un figlio e ricorre alla PMA nel tentativo di non deludere il compagno:

Lui ha avuto un compromiso prima e sembra che la signora che lui aveva anche lei non le ha dato figli, e si mette con me e neanche io… allora è per questo che sento questa cosa dentro e fuori, dentro nel cuore che mi piange perché lui ha preso una bambina in adozione l'ha presa dalla Bielorussia, lui non me lo rimprovera semplicemente mi dice sembra che sono venuto qua a questo mondo per crescere i bambini di altri, e mi fa star male però dico, dai su se non si vede la mia faccia pazienza, e fa un po' male perché sono parole che ti spezzano perché un figlio, poi la dottoressa mi ha dato un'opportunità l'altra volta, la

dottoressa A. mi ha detto Karin facciamo un'altra volta adesso hai 42 anni adesso ce ne hai 43 mi ha dato un'opportunità e poi la ultima non si è potuto più e tutti e due stavamo male però lui mi dava un po' di conforto mi diceva Karen tranquilla dai ormai devo capire anche questa vedi tu mi dispiace non so che dirti mi spiace, perché ci sono degli uomini che a volte in una situazione così si allontanano non si parlano ma lui no, mi dice ma no è uguale ti amo stiamo bene non ti preoccupare, non lo so. Speriamo che sia una cosa che gli viene da dentro e non una cosa che mi dice nel senso che per farmi stare un po' calma. Speriamo. È questa la mia situazione.

I: Perché è importante avere un figlio?

Perché io non volevo solo un figlio da parte mia, non lo faccio per lui ma anche per me, non per niente io sono sudamericana. A me mi piacerebbe che mio figlio avesse suo fratello perché a volte un abbraccio, per lui un po' la famiglia, se mi sento male e lui cresce non è…chi altro va a lavorare? siamo ancora giovani quando saremo vecchi… va ad essere dura per lui, ma molto… per quello. Magari l'ho pensato e ragionato così ma non so se il ragionamento è buono…

I avere dei fratelli è importanti quando i genitori diventano vecchi…

Non solo ma quando si siedono nel tavolo, anche se passa di lì e fa un eh al fratello sono due… non volevo quattro cinque magari due! Era quello ma vabbè che sia quello che il signore vuole (Rosa, ecuadoriana, 43 anni).

Numerose ricerche interpretano le scelte di fecondità in relazione al desiderio di un figlio come elemento di unione che legittima il rapporto di coppia (Nachtigall, 2010). Nella ricerca condotta nell'ambito delle tecnologie riproduttive e dei test genetici prenatali, Rapp (1998) evidenzia il ruolo svolto dal partner maschile nel determinare la scelta di rifiuto o il ricorso all'intervento biomedico. Come sostiene Nachtingall (2010), la preferenza maschile per il figlio biologico e il rifiuto dell'adozione riflettono la diffusione di un'ideologia machista.

Nel discorso dominante sulla famiglia numerosa è evidente il tentativo di stabilire una continuità con i valori culturali legati al contesto di origine in opposizione allo stile di vita moderno. La motivazione che spinge le donne ad optare per la PMA dopo il primo figlio consiste nel desiderio di adeguarsi al modello dominate trasmesso dalla cultura di origine in opposizione all'individualismo, al venire meno dei legami sociali come valori predominanti nel contesto di vita. Il secondo figlio all'interno dello stesso nucleo familiare assume valore considerando l'importanza del gruppo dei fratelli come fondamento per la sicurezza della famiglia:

Io avrei voluto avere 3 figli nella vita il mio desiderio è sempre stato quello… avrei voluto 3 e sì perché poi un domani che non ci saremo noi almeno ha qualcuno…(Claudia, ecuadoriana, 39 anni).

Nel discorso dominante nel contesto di origine sulla procreazione, la famiglia numerosa è il simbolo della salute della donna, avere un figlio è necessario per rendere una donna completa. Le

testimonianze raccolte mettono in luce il modello dominante di maternità e di famiglia in America Latina basato sul matrimonio e sul gruppo dei fratelli. Per questo motivo, occorre fare sacrifici per realizzare una famiglia in contrasto all'individualismo dominante:

> *(le donne di oggi) non hanno più la voglia di stare a casa, non si ha più la pazienza di avere queste famiglie numerose stare dietro ai figli… non ci si dà più valore a questa cosa….Sì sì è un peccato, un peccato perché così bello avere una famiglia numerosa, ne vedi sempre di meno, se si sposano si lasciano, poi i bambini soffrono perché poi sono loro quelli che soffrono. Non si guarda niente. Si separano, non hanno più voglia di fare sacrifici perché per avere un matrimonio una famiglia ci vogliono tanti sacrifici, supporto l'uno con l'altro sono cose che si stanno perdendo si è…come si dice superficiali si diventa più superficiale su queste cose no…purtroppo si pensa a farea carriera a la propria immagine a curarsi parrucchiere vestiti estetista quindi uno si va a lavorare per spenderseli tutti su queste cose -ride- io sono tutta dall'altra parte sono più per la famiglia più per la famiglia e fa male quando si vede in giro che queste cose ormai si stanno perdendo non… sempre che si separano si lasciano e se ti sentono da quanti anni che stai con tuo marito tanti anni ma dice allora tu non stai bene perché non sei normale perché una volta non era normale separarsi invece ora [..]… a volte mi sento anche a disagio quando sono in confronto perché se vedi sudamericani hanno famiglie numerose 3 4 figli. A disagio nel senso che in qualche modo ti senti male perché quando sei davanti a loro quando sei però poi dice anzi io sono fortunata, a me l'importante che mi ha dato un bambino già il fatto che Dio mi ha dato un bambino per me è già tantissimo, questa è la prima cosa. E dico ti senti a disagio nel senso che non ti senti non ti senti completa, non ti senti sana…(Juana, ecuadoriana, 41 anni).*

In un contesto migratorio contrassegnato da profonde disuguaglianze socio-economiche e da trasformazioni sociali, per le donne latinoamericane intervistate nel corso della ricerca sul campo, la scelta o il rifiuto della PMA si inserisce fra due modelli di riproduzione: il primo legato alla famiglia nucleare e alla coppia eterosessuale, monogamica, sposata o convivente che rivendica autonomia decisionale rispetto alla famiglia, il secondo è basato sulla famiglia allargata.

6.2.2 Oltre il legame di sangue: una molteplicità di ricorsi

La diagnosi di infertilità implica per molte coppie il ricorso a diversi attori e istituzioni. Le esperienze vissute tra ospedali, centri privati, agenzie di adozione, rivelano una molteplicità di ricorsi che si inscrivono all'interno di una "spasmodica ricerca della gravidanza", come pratica nomade dell'esistenza (Boltanski, 2009 citato in Bonnet, 2014).

Dalle testimonianze raccolte sono emersi argomenti a favore dell'adozione, in particolare fra le donne che hanno già avuto un figlio. Fra le donne in cerca del primo figlio, nel caso in cui la condizione di sterilità di coppia non si risolva nel tempo, a fronte della prospettiva di una vita senza figli, molte arrivano a considerare l'adozione una valida opzione, almeno a livello discorsivo. Le testimonianze

raccolte mettono in discussione il modello di famiglia egemonico fondato sul legame biologico, in base all'idea che l'educazione abbia un ruolo fondamentale nella relazione genitori-figli. Infatti, sono emersi i molteplici ricorsi ad operatori e istituzioni al fine di superare la condizione di infertilità di coppia. Come suggerisce Bonnet (2014) il ricorso alla PMA non esclude la possibilità di adottare o accettare un affido fra parenti. Nonostante a livello discorsivo emerga una valutazione negativa rispetto all'adozione e al fosterage, è possibile individuare l'attuazione di pratiche di adozione informale come espressione di una garanzia di solidarietà verso la famiglia allargata.

Dalla testimonianza di Nelly è emersa chiaramente l'idea che il figlio biologico rappresenti una forma di maternità migliore, attesa, al contrario, l'adozione raffigura un fallimento, una seconda scelta. La prospettiva di prendersi cura dei figli avuti dal compagno in una precedente relazione, non rappresenta per Nelly una valida soluzione. Per questo motivo ricorre alla PMA ma prima di iniziare il ciclo di stimolazione rimane incinta:

> *Poi io ho detto basta se poi se questa volta non riesco a rimanere incinta ho detto basta non me la cerco più…mi metto una pietra sopra. L'avevo promesso anche al mio compagno visto che anche te c'hai una bambina di 10 anni, gli dico quindi mi dedico a lei come se fosse mia figlia e ha anche un figlio maschio che aveva 21 anni e quindi ho detto gli dedico a loro il mio tempo e invece dopo di che è nato lui…(Nelly, ecuadoriana, 39 anni).*

Dopo diversi tentativi falliti, alcune iniziano a pensare all'adozione come una valida alternativa alla PMA:

> *Allora io sono aperta a tutto cioè come le ho detto sono abbastanza pronta a tutto certo mi devo dare una scadenza perché non è equilibrata. Sicuramente ho visto poco le percentuali per quanto riguarda la fivet icsi ci vogliono tot tentativi di solito al quarto, quinto… ma su internet leggevo "ne ho fatti 9 alla decima è arrivato", io solo il pensiero…anche perché 9 non li puoi fare uno dietro l'altro. E allora vedo gli anni che passano e anche per mio marito e dice "io non voglio essere chiamato nonno". Allora dico abbiamo già preso in considerazione anche psicologicamente l'adozione. Sì, può darsi che sarò quella che prova 10 volte ma nel frattempo comunque porterò avanti la strada dell'adozione poi se riesco ad adottare meglio. Però vorrei riuscirci naturalmente quindi avendo anche un bambino adottato non voglio farmi avere dei limiti in questo (Maritza, ecuadoriana, 36 anni).*

> *A un certo punto ne avevamo parlato e anche dell'adozione e eravamo molto disponibili a farla, ad adottare un bambino di un altro paese…Tutti i temi…l'abbiamo pensato… (Juana, ecuadoriana, 41 anni).*

Nonostante l'opinione critica rispetto all'adozione internazionale, Veronica racconta l'esperienza positiva vissuta con il fratellastro nato in Italia da una nuova relazione avuta dalla madre. La testimonianza di Veronica esprime l'idea che la famiglia è espressione della solidarietà come valore culturale rilevante appreso nel contesto di origine e legato a condizioni socio-economiche

svantaggiate. In questo caso, per Veronica, la famiglia è fondata sul primato dell'educazione e della solidarietà rispetto al legame genetico: tra fratelli si apprende un modo di vita solidale come valore fondamentale da applicare nel rapporto con gli altri al di fuori della famiglia. Il padre di Veronica è morto quando lei aveva 15 anni e da quel momento la madre ha assunto il ruolo di capofamiglia. In seguito, la sorella maggiore ha deciso di trasferirsi in Italia da una zia emigrata alcuni anni prima. Dopo qualche anno Veronica la raggiunge insieme alla madre. A Genova la madre si risposa e ha un altro figlio con il nuovo marito:

> *Perché noi non siamo quando eravamo piccole c'era la play station a noi non ce l'hanno mai comprata e non ne ho avuto bisogno. Perché qua nascono troppo egoisti non hanno la solidarietà. Mia mamma ci diceva se vedi un compagno di scuola che non ce n'ha daglielo perché come hai fame te ha fame anche lui. Io ho un fratello di 17 anni avuto con un uomo italiano, io lo portavo al parco e mi sono trovata con tanti episodi di egoismo ma non parte dai bambini, da parte dai genitori. Io non riesco ad essere così quando vengono le mie amiche e vogliono qualcosa, io non sono attaccata alle cose materiali, la mamma ci ha cresciuto così anche mia sorella e con Lorenzo abbiamo fatto lo stesso anche se ha 17 anni lui quando vuole qualcosa dice 50 me li dà la Carla 50 me li dà la Maria e tu mamma mi dai il resto e così. Perché è così. Sì a me l'unica cosa che mi sarebbe piaciuto di questo lato crescere mio figlio là perché là i bambini interagiscono più con i genitori perché sono sì che adesso uno lavora e non può chiedere permesso ma ci sono tante cose che non sembra quando sono piccoli ma sono importanti quando crescono perché non sono delle persone amareggiate egoiste, non so se avete notato quello nella nostra comunità di sudamericani, quando capita qualcosa fanno la festa per raccogliere i soldi per la poveretta è difficile che i nostri rimangano per strada a chiedere soldi perché c'è sempre qualcuno che dà una mano perché non siamo noi di una razza egoista questo no (Veronica, ecuadoriana, 38 anni).*

6.2.2.1 Mobilità e forme di famiglia

Indagini condotte nell'ambito delle scienze sociali (Cfr. VVAA. Diversidad familiar: apuntes desde la antropología social. 2013, Bonizzoni, 2009; Herrera, 2004; Pedone, 2014, 2008; Lagomarsino, Pagnotta, 2012; Abbatecola, 2010) mostrano la presenza di nuove forme di famiglia legate a dinamiche di ricomposizione familiari, formazione tardiva, famiglie transnazionali, ricorso alle tecnologie riproduttive. All'interno di un modello egemonico di famiglia nucleare composta da padre, madre e figli biologici, nel discorso dominante, le nuove forme di famiglia sono considerate carenti, non strutturate. Come afferma lo studio condotto da Alvarez Plaza, Konvalinka e altri (2013), le famiglie ricomposte mettono in dubbio i presupposti ideologici del modello egemonico di famiglia in cui il vincolo legale, il legame biologico e sociale coincidono: i coniugi sono i genitori biologici e

coloro che svolgono le funzioni genitoriali. A partire da matrimoni o unioni di fatto fra persone separate, divorziate con figli non in comune, si realizzano nuove forme di famiglia. In questi casi, il padre biologico non è il marito o la madre biologica non è la moglie. Emerge l'idea di una famiglia composta da una pluralità di figure che impone un ripensamento del modello duale, escludente del nostro sistema di parentela. In molti casi, la ridefinizione dei ruoli familiari che deriva dai processi di ricomposizione implica l'assunzione di responsabilità genitoriali da parte della nuova coppia di genitori. Kovalinka (2012) evidenzia il modo in cui le diverse forme di famiglia esistenti mettono in dubbio la famiglia eterosessuale nucleare come modello unico e egemonico sottolineando il carattere socialmente costruito della famiglia.

Dalle testimonianze raccolte sono emerse dinamiche di ricomposizione familiare. Si tratta di situazioni in cui la madre primo migrante ha deciso di partire per l'Italia lasciando il figlio nel paese di origine. In questi casi, la migrazione si configura come il tentativo di allontanarsi da una relazione di coppia problematica. In seguito, la donna trova un altro compagno e i figli vengono ricongiunti. In questo modo, si sperimentano nuove forme di famiglia in cui il nuovo compagno assume la funzione di genitore. La logica stigmatizzante che emerge nella comunità transnazionale, in particolare nei contesti di arrivo, funziona tramite l'equiparazione della madre migrante ad una madre "snaturata", "cattiva" che abbandona i figli. I discorsi dominanti sulla distruzione della famiglia hanno la funzione di stigmatizzare le donne che non si adeguano al modello dominante di donna come moglie e madre, presente per la cura dei figli. Secondo l'analisi di Wagner (2004) si tratta di un discorso sanzionatore di tipo morale che agisce attraverso voci e immaginari diffusi con lo scopo indiretto di controllare e punire l'indipendenza e l'autonomia delle madri-migranti-lavoratrici. All'interno della comunità transnazionale che unisce la società di origine e di destino, la maternità transnazionale emerge come spazio di rinegoziazione e di sanzione dei cambiamenti nei ruoli di genere. Nella società di origine, il discorso politico e mediatico pone enfasi su un modello dominante di famiglia "naturale" fondato sulla coppia di genitori biologici sempre presenti in cui la madre deve prendersi cura dei figli. In realtà, dalle ricerche condotte emerge che tale forma di famiglia, così diffusa nei discorsi, non risulta molto praticata anche nel periodo precedente alla migrazione. In alcuni casi, la partenza è vista dalle donne come un allontanamento desiderabile. Infatti, in particolare fra le classi medio basse, la separazione della coppia viene difficilmente accettata dalla società (Lagomarsino, Pagnotta, 2012; Herrera, Ramirez, 2008; Pedone, 2014; Araujo, Prieto, 2008). Nelle famiglie in cui si vivono situazioni di coppia complicate, la partenza della madre rappresenta un modo socialmente legittimo di allontanare un compagno problematico dal nucleo familiare.

Anabel ha 41 anni, 2 figlie una di 21 anni e l'altra di 11. La prima è stata concepita con un uomo peruviano dal quale si è separata decidendo di partire per l'Italia. Ha portato la prima figlia in Italia all'età di 6 anni. Dopo 4 anni inizia una relazione con un uomo di origini peruviane che muore l'anno successivo. In Italia, Anabel rimane per un periodo sola con le sue due figlie avute da compagni diversi, in seguito incontra il suo attuale marito. La decisione di fare ricorso alla PMA viene presa dopo circa un anno di tentativi falliti ma la stimolazione ormonale viene interrotta dal medico in relazione ad una risposta inadeguata ai farmaci che potrebbe comportare gravi rischi per la salute della donna[147]:

> *Allora l'idea di sposarci è partita da lui. Quando ci siamo messi insieme mi ha detto quando facciamo un anno ci sposiamo. Quando abbiamo fatto un anno siamo andati a mangiare e mi ha detto "ci sposiamo fra 3 mesi" e io ho detto sì. Lui ha fatto la richiesta di adozione per mia figlia la più piccola e adesso ha portato tutti i documenti e deve andare per vedere se hanno cambiato il cognome. Perché mia figlia, la più piccola lei vuole così, la volevo adottare io. Il papà è mancato, non possono fare nessun documento e dovrei andare giù in Perù, trovarmi un legale e trovare i documenti di morte e poi venire qui. Se lei volesse andare da qualche parte non posso mandarla senza il permesso del padre. Invece con l'adozione qualsiasi cosa… anche se va con la scuola… sennò non posso fare niente. Siamo andati in tribunale e mi hanno detto che se io l'adotto invece di fare tanti altri documenti di permesso… e allora ho detto ma sì. Mi hanno detto che è più facile se l'adotti perché paghi meno, non avete spese legali, compilate questi fogli e andate in prefettura poi decide il giudice… abbiamo fatto tutto, ci ha dato l'ok. La signora mi ha chiamato e dice "guarda i documenti sono a posto. Tra 15 giorni andate in Comune e vedete se vi hanno fatto il cambio di cognome" (Anabel, peruviana, 40 anni).*

Alcune donne intervistate, provenienti da famiglie di estrazione sociale medio-alta, hanno vissuto forme di famiglia non convenzionali con fratelli e sorelle adottati. In questo caso, si tratta di pratiche di adozione informale non gestite dalle istituzioni ma dalle famiglie stesse, in relazione alla presenza nel contesto di origine di forti disuguaglianze sociali. Ada racconta di aver vissuto un'esperienza positiva:

> *Io qua ce l'ho una mia amica che è venuta a casa mia quando era piccola e mia mamma l'ha cresciuta insieme a me. Quando mia mamma abitava in Ecuador, io avevo 10 anni, mia mamma ha sempre avuto una posizione… non viene di una famiglia povera. Lei andava in campagna e quando andava là c'era tanta gente che aveva più di 5 figli, ti dicevano "te la vuoi portare via, così gli dai studio e tutto". E mia mamma se l'è porta a casa e lei è cresciuta con me. E le voglio più bene che a mia sorella sempre e quando sono venuta qua e ho cominciato a lavorare subito l'ho portata qui. E lei è la mia compagnia, con lei riesco a parlare di tutto come mia sorella ma non so perché. Lei è venuta qua e poi si è fatta anche lei la famiglia, ha una figlia di 14 e i miei figli le dicono zia e lei vuole tanto bene, viene sempre a casa mia oppure io vado a casa sua (Ada, ecuadoriana, 40 anni).*

[147] Sindrome da iperstimolazione.

Abbiamo fatto un'adozione a distanza, con un bambino che poi era adulto di un'altra famiglia e noi l'aiutavamo economicamente perché alla fine i genitori ci sono ma l'hanno avuto e l'hanno abbandonato. La mamma sta andando all'America e l'ha abbandonato e poi non si è saputo più niente, la nonna è mancata, il padre non ci pensava al bambino e alla fine l'ha dovuto tenere una zia però non ce la faceva perché aveva anche lei dei figli. Allora noi che non avevamo bambini e potevamo abbiamo deciso di aiutarlo…Poi abbiamo pensato di adottarlo però abbiamo detto la mamma non è che non c'è, è in qualche parte del mondo e c'è, arriverà un giorno in cui la chiederà e allora troppo casino e poi ci siamo fermati…(Maria Vera, ecuadoriana, 41 anni).

Secondo Bonnet (2014) l'affido temporaneo è un'attività strettamente familiare, non legata alla legislazione, fondata su una logica di solidarietà all'interno della famiglia allargata. Al contrario, l'adozione si basa sul modello della famiglia nucleare, in una logica di appropriazione del bambino da parte delle istituzioni. L'affido fra parenti si realizza in due modi: mediante il trasferimento del bambino ai parenti anziani in una dimensione verticale diacronica e intergenerazionale, oppure l'affido avviene tra fratelli in periodi limitati di crisi economica o di coppia. Dal lavoro sul campo ho raccolto diverse esperienze di donne che hanno praticato forme di maternità alternativa. Si tratta di forme di famiglia non nucleari che nel discorso pubblico sono occultate, nel tentativo di aderire e rafforzare il modello dominante di famiglia occidentale nucleare, eterosessuale, fondata sulla fedeltà monogamica.

Infatti, nel discorso dominante diffuso nel contesto di accoglienza, la madre che abbandona i figli in patria è oggetto di una forte stigmatizzazione sociale. Il discorso dominante colpevolizza le madri in base all'idea che una buona madre debba assicurare una presenza continua e stabile all'interno dell'unità domestica. I processi di colpevolizzazione diffusi nel paese di origine e di destinazione, si concentrano sulle conseguenze negative prodotte sui figli lasciati in patria. In molti casi, le aspettative sociali riguardo a una maternità adeguata vengono incorporate e si riflettono nella costruzione dell'identità individuale basata sull'auto-colpevolizzazione. Nel discorso dominante si sottolinea il dolore e il coraggio delle donne migranti per aver scelto di migrare, in quanto vittime del marito e oppresse dai vincoli familiari, e allo stesso tempo, tale decisione si configura negativamente come espressione di una volontà personale e libera (Lagomarsino, Pagnotta, 2012). Nei discorsi, la scelta di migrare e separarsi dai propri figli non è l'effetto di una reale necessità economica ma indica un desiderio inespresso di libertà e autonomia: l'idea della responsabilità esclusiva delle donne nella disgregazione ha effetti stigmatizzanti e colpevolizzanti (Pedone, 2008, 2014; Herrera, 2012). Assente e incapace di assolve le sue funzioni materne, la madre migrante è "snaturata" (Cfr. Badinter, 1981; Abbatecola, 2010; Herrera, 2007). Alcune donne esprimono una forte critica rispetto alle donne che abbandonano i propri figli in patria. In questo modo, si attribuisce valore al modello di famiglia nucleare, in cui la madre biologica è sempre presente e l'unica ad assumere funzioni materne:

Sai, mia sorella, la prima, è venuta per conto suo perché aveva il marito qua, poi l'altra, visto che aveva una figlia ma non aveva il marito, ha deciso di venire a lavorare sempre per questa figlia. Alla fine le ho cresciute io tutte e due le figlie sia dell'una che dell'altra (in Ecuador). Perché poi lo sapevano che io ero una persona molto affidabile, non ero quella che andava in giro… sono stata sempre responsabile. Io non ce la farei mai, per come sono fatta io. […] Una volta, mia suocera che abita a Recco lo ha portato (il figlio) da lei l'ho chiamata ventimila volte, no no non ce la faccio, non ce la farei, non so come hanno fatto loro. Mia sorella, la più grande che è venuta (in Italia) ha lasciato tre figli piccoli, una di 4 una di 7 e una mi pare di 11. Ancora le chiedo sempre ma come hai fatto? Lei dice: "Perché avevo bisogno, altrimenti come facevo?". Abitavamo ancora in campagna. Bisogna fare dei sacrifici per i propri figli, lo capisco, ma io personalmente non ce la farei (Claudia, ecuadoriana, 38 anni).

Come affermano diversi studi sulle migrazioni latinoamericane (Cfr. Lagomarsino 2006; Pagnotta 2010, 2013; Pedone 2002, 2014, Herrera 2007, 2003, Queirolo Palmas 2006, Scrinzi 2016, Bonizzoni 2009, Lagomarsino e Castellani 2016, Boccagni 2009; Lagomarsino, Boccagni, 2011) nel discorso pubblico e politico, le logiche dominanti si basano su due aspetti: da un lato, l'idea che le donne siano responsabili di aver abbandonato i figli, dall'altro l'idea dell'infedeltà delle donne migranti che viaggiano sole. Le donne migranti si rifiutano di obbedire ai doveri primari di cura e sostegno familiare attribuiti al femminile perciò sono considerate colpevoli della disgregazione della famiglia (Pedone, 2002, 2008, 2014; Herrera, Martinez, 2002, Herrera, 2005). Le logiche dei discorsi politici e delle opinioni diffuse fanno riferimento ad un preciso modello di famiglia secondo il quale il femminile è adibito alla cura per "natura", la maternità è un dovere primario e una dimensione fondante l'identità femminile. In questo quadro, la donna che migra viola un tabù e deve affrontare sensi di colpa e sguardi discriminatori diffusi nelle istituzioni e nel senso comune. Lo stereotipo della cattiva madre si fonda all'interno del modello di famiglia nucleare e monogamica, nelle relazioni diseguali fra i sessi in cui alla donna è attribuito un ruolo domestico e di cura svalorizzato.

Wagner (2004, 2008) evidenzia la diffusione in Ecuador di un modello di famiglia allargata in cui la cura è più o meno condivisa con altre figure, in base alla dimensione di classe e alla posizione geografica. Con l'espressione "famiglia estesa" si intende la presenza attiva dei parenti nella quotidianità: gli spazi abitativi sono definiti sulla base della famiglia nucleare anche se la frequentazione fra familiari è quotidiana ed esiste una vicinanza abitativa. Allo stesso tempo, i ruoli genitoriali e la funzione dei componenti della famiglia allargata sono ben definiti. In molti casi, i figli delle madri che migrano sono affidati alle nonne mentre nel caso della partenza di più donne della famiglia, i figli sono affidati allo stesso caretaker (Lagomarsino, 2006, 2007). In molti casi la cura dei figli viene condivisa, la crescita dei figli avviene in comune con altre famiglie, spesso la madre non è l'unica figura di riferimento né l'unica fonte di amore per i figli. In questi casi, la migrazione non significa automaticamente la distruzione della famiglia ma può rappresentare una soluzione

temporanea ad una situazione problematica di coppia o familiare. La ricerca etnografica condotta da Weismantel (1995) in Ecuador dimostra che le relazioni parentali non coincidono necessariamente con rapporti di tipo biologico. L'elemento centrale nella parentela, infatti, risulta la somministrazione di cibo: l'idea di famiglia corrisponde al gruppo di persone composto da coloro che mangiano insieme.

Le testimonianze raccolte rivelano la presenza di pratiche di affido e adozione informale all'interno di una rete familiare estesa:

> *Quando ero nel mio paese mia sorella aveva queste amiche, specialmente aveva una che era "madre soltera" (senza compagno) quindi era sola. Però ne aveva 2 e questi bambini mia sorella se li portava a casa quando loro andavano a ballare, non c'era nessuno che li teneva. Allora se non c'è mia sorella me li portavano a me. E io li pettinavo, facevo il bagno, li tenevo bene. Poi dopo 2 o 3 giorni li venivano a prendere e se li portavano via. Poi quando sono rimasta là nel mio paese e mia mamma è venuta qua si è portata mia cugina. Anche lei (la cugina) ha avuto il bambino e l'ha lasciato con me. Quando sono venuta io, lui aveva 4 anni e l'ho portato qua in Italia. Infatti anche adesso mi dice zia. Adesso ha 22 anni (Claudia, ecuadoriana, 38 anni).*

> *Do anche una mano a mio cognato che lui si è diviso da sua moglie. Sua moglie se ne è andata e io mi sono ritrovata altri due bambini. La più piccolina aveva 7 mesi quando se ne è andata sua mamma. Lui abitava a s. e allora noi l'abbiamo convinto: "noi ti possiamo aiutare ma ti devi trasferire qui". Così ha deciso che ormai almeno qua aveva il fratello e me che potevamo dargli una mano e si è trasferito qui. Infatti le bambine sono state qua a casa mia e mi sono occupata sempre di tutto: dottore, scuola, iscrizione di tutto. Perché la mamma non si è più fatta viva, non li chiama né per il compleanno né per le feste è sparita completamente! E quindi come se ne avesse 3 figli- ride- (Juana, ecuadoriana, 41 anni).*

In Ecuador, Claudia si prende cura per 7 anni delle nipoti le cui madri si trovavano in Italia. Mentre le sue due sorelle hanno avuto figli a 17 anni, Claudia inizia a cercare una gravidanza più tardi, all'età di 28 anni. Per ottenere una seconda gravidanza che non arriva nei tempi attesi, si rivolge al centro di infertilità dell'Ospedale Sant'Anna:

> *Si, si perché (in Ecuador) eravamo solo io e mia madre. Da quando le due bimbe (nipoti, figlie della sorella) avevano un mese e qualcosa le ho tenute sempre io fino a quando hanno avuto sette anni e io sono venuta qui. Facevo tutto, non era come qua adesso, dovevo andare al fiume a lavare… facevo tutto. Mia madre mi diceva sempre: "vedrai quando sarai grande non ti verrà la voglia di fare la mamma perché sarai già stufa di crescere due bambine!". Ogni tanto quando mi va via la pazienza con mio figlio dico aveva ragione la mia mamma (risata) te lo giuro! Aveva ragione mia madre! […] è cosi, ho cresciuto anche due nipoti (Claudia, ecuadoriana, 38 anni).*

L'esperienza di affido vissuta influisce sulla scelta del numero di figli desiderati e dell'età giusta per averne. Il fatto di sperimentare forme di affido fra sorelle induce, nel contesto di arrivo, a modificare l'ideale di maternità dominante basato sulla famiglia numerosa.

6.2.2.2 Le pratiche di adozione fra le famiglie latinoamericane: ostacoli pratici e logiche stigmatizzanti

L'indagine condotta da Lock (1998) riguardo all'incremento delle tecnologie riproduttive in Giappone evidenzia il dominio esercitato dall'ideologia moderna di famiglia fondata sul legame biologico e la coppia eterosessuale e monogamica. Infatti, sostiene Lock (1998), l'uso delle tecnologie riproduttive è incentivato dal fatto che rappresentano l'aspirazione alla realizzazione della famiglia "corretta" fondata sulla coppia, il legame di sangue e la salute del bambino. Nel discorso dominante si considera legittimo il desiderio di maternità solo all'interno del modello ideale di riproduzione sociale. In particolare, il legame biologico è necessario per garantire l'armonia nel nucleo perché la famiglia si basa sull'amore materno e di coppia.

In questa prospettiva, l'eterologa e l'adozione rappresentano forme di maternità di minore valore sociale rispetto alla genitorialità biologica poiché si pensa che un nucleo familiare formato da un corredo genetico diverso produca effetti negativi sul bambino che sarà stigmatizzato e discriminato. Le donne si approcciano alle tecnologie come mezzo adeguato a ottenere una famiglia "naturale" risultato di una visione di famiglia dominate basata sul legame biologico (Badinter,1981). Come sostengono Ragonè (1996) e Schneider (1980) il ricorso alla PMA omologa indica il tentativo di produrre una prole vincolata in modo biogenetico ai genitori in accordo al modello dominante di filiazione fondato sul sangue. In questo modo, le coppie che accedono alla PMA sembrano "inseguire il legame di sangue" (Inhorn., Birenbaum-Carmeli, 2008, pag. 182).

Dalle testimonianze raccolte sono emersi alcuni argomenti che motivano il rifiuto dell'adozione nei casi di esperienze di infertilità di coppia: le complicate procedure legali e burocratiche, le origini sconosciute del bambino. In particolare, il fatto di non possedere la cittadinanza italiana impedisce di accedere all'adozione nazionale. Come è emerso dalle interviste raccolte fra le donne ecuadoriane e peruviane, per superare le problematiche elencate, spesso alcune coppie immaginano un ritorno al proprio paese di origine per adottare. Tale progetto esprime un "senso di speranza" (Nachtigall, 2010): il ritorno a casa potrebbe alleviare le frustrazioni che sperimentano in molti casi nei tentativi di adottare in Italia.

In particolare per le coppie migranti, le difficoltà nelle procedure legali e i costi elevati rientrano fra le motivazioni prevalenti nel discorso sul rifiuto dell'adozione. È interessante sottolineare che si tratta di informazioni indirette in quanto fra le donne intervistate nessuna ha dichiarato di essersi rivolta agli enti preposti:

Non me la sento adottare un'altra persona, non voglio, non me la sento chiamami… magari sarò egoista, non so però non me la sento. Poi anche vedendo… non è facile adottare. Ho dei clienti che hanno fatto una vita che poi alla fine non lo danno. Poi hanno lo psicologo e non è facile e poi ho detto basta (Nelly, ecuadoriana, 36 anni).

Quello non ci avevo ancora pensato (adozione) ma comunque penso che sia una cosa difficile da prima di tutto penso che bisogna essere sposati e noi non lo siamo quindi non lo so non ci abbiamo pensato in questo momento non saprei spero che mi vengo due miei (Mariana, ecuadoriana, 37 anni).

Di adottare un bambino, non è tanto semplice adottare un figlio, con mio marito abbiamo detto di adottare un bambino per noi non era un problema ma quante persone aspettano di adottare , non è che te lo danno dal giorno alla notte, anzi guardano pure come sei economicamente se hai la tua casa ,soldi in banca, sai tutto quanto lo sai anche te è stata sempre questa cosa qua e quindi noi lavora lui normalmente viviamo normalmente non abbiamo la possibilità di dire ho una casa mia soldi non ce la facciamo ad adottare un figlio altrimenti lo proverei anche a fare , non ho un problema a dire cresco un figlio che non ho partorito io , mio marito anche non ha nessun tipo di problema (Veronica, ecuadoriana, 38 anni).

Che cosa pensa riguardo all'adozione?

Non me la sento perché venendo da un'altra parte di là i miei sono poveri, a basso reddito quindi preferisco aiutare i miei. Adesso sto provando a fare documenti per portare i miei nipoti. Mio fratello ha 4 figli e deve sopravvivere con 300 dollari del suo stipendio. Di là sono 3/4 divise per la scuola, poi ti devi comprare la matita e tutto (Vera, ecuadoriana, 36 anni).

È una cosa che si può fare, (adozione informale fra familiari) un figlio diventa tuo figlio perché gli insegni i tuoi valori penso che è una cosa che si può fare io però li prenderei da piccolino un bambino un po' più grande non lo so sarebbe più difficile da gestire magari. Un bambino piccolino lo prenderei infatti anche mio marito mi dice vabbè andiamo in Ecuador e ci prendiamo magari un bambino che non ha famiglia.

I quindi l'avete presa in considerazione questa cosa?

Adesso no perché abbiamo la possibilità di farlo qua. Diciamo se più avanti vedo che non riusciamo ad averlo e abbiamo il desiderio di avere un bambino nostro cioè avere un bambino nella nostra famiglia… sì l'ho presa in considerazione perché in questi casi si pensa un po' a tutto, sì l'ho presa in considerazione anche perché là (Ecuador) ci sono anche tante ragazze che rimangono incinta e o poi li lasciano lì abbandonati o li tengono male. Sarebbe anche un bene penso (Cristina, ecuadoriana, 27 anni).

Riguardo ad altre forme di genitorialità come l'adozione che cosa ne pensa?

una cosa buona anche a me se ci fosse stata l'opportunità…infatti qualche anno fa quando sono andata in Sudamerica ho chiesto a mio fratello che ha tre bambine perché non me ne lasci una scherzando…e poi ora non è facile. Ho pensato anche altre cose volevo rimanere per due anni in Sudamerica e fare l'adozione là perché ho le conoscenze che lavorano in comune, ci sono bambini che a volte sono stati abbandonati se io andavo là due anni posso far vedere qua in Italia che questo bambino era mio. Per non fare tutto quel percorso. Ed avevo pensato anche ad una cosa del genere. Si può fare ma devo stare in Sudamerica almeno due anni.

Suo marito non l'avrebbe seguita…

Infatti no (ride) erano pensieri miei, non è così facile perché magari ci sono donne incinte che non vogliono che se io andavo lì aspettavo facevo i documenti subito. E venivo qua in Italia nessuno mi poteva dire "no quello non è tuo figlio!". Invece se vado là e adotto un bambino più grande non posso entrare qua, perché tutta la documentazione la devo fare all'Ecuador.

Che cosa le ha fatto scegliere per la PMA?

Perché un giorno mi sono messa a leggere sulla fecondazione assistita e ho detto provo prima per conto mio poi se non ci riesco provavo le altre strade infatti una volta ho provato è andata bene e le altre strade sono chiuse. Magari avrei pensato all'adozione però dopo questo.

Non c'era la voglia di avere un figlio biologico da parte sua?

Eh all'inizio sì, penso che per qualunque donna sia così ma se non c'è un'altra soluzione, un'altra alternativa possiamo anche scegliere quella strada lì se c'è una possibilità… almeno io la pensavo così se c'è da un'altra parte la possibilità. Preferisco che sia mio però… (Jessica, ecuadoriana, 42 anni).

Veronica sceglie di ricorre all'eterologa sulla base dell'opinione critica verso adozione come traffico di bambini gestito dallo Stato:

Non dico che si deve scegliere il bambino come andare in un supermercato ma non è giusto che se voglio adottare un figlio tu mi devi dare un bambino di colore ma non perché è razzista ma perché non è giusto. Se io lo voglio adottare qua in Italia è impossibile. No non abbiamo guardato ma abbiamo sentito perché se fosse così facile non andrebbero tutti in Etiopia in Russia li adotterebbero qua quei bambini (Veronica, ecuadoriana, 38 anni).

Ci abbiamo sempre pensato l'avremmo sempre voluto mi piacerebbe però so che non è facile tante volte l'ho detto anche al mio bambino prendiamo un bambino e lui è d'accordo sì però mio marito… tante volte… però… qua non è facile cioè poi, a parte la burocrazia, non è facile che te lo danno. Poi economicamente parlando non stiamo bene e quello lo guardano, che devi stare bene, noi non abbiamo niente, abbiamo solo il debito della banca e come fanno a darti un bambino…Sì che non dovrebbe essere perché dico dove c'è un bambino dove mangia un bambino possono mangiare anche due. Ma Questa è la prima cosa che guardano. Cosa possiede cosa hai e questo sì è sbagliato perché l'importante è l'affetto che gli puoi dare. Poi cioè noi non abbiamo ricchezza però siamo in grado siamo stati capaci di mantenere di tirare su un bambino di pagarci una casa e penso che questo dovrebbe essere guardato no…Sì tante volte l'abbiamo voluto ma sappiamo che su questo punto non possiamo farlo per via che economicamente non stiamo bene (Juana, ecuadoriana, 41 anni).

In questo quadro è interessante notare il significato attribuito al ricorso a tecniche di tipo eterologo, all'adozione internazionale o all'affido. È importante sottolineare che per le famiglie migranti i criteri di accesso all'adozione risultano restrittivi rispetto alle famiglie italiane. Infatti, oltre a questioni sociali ed emotive, come sottolinea Nachtigall (2010) sono presenti ostacoli pratici che rendono

complessa e complicata l'adozione per le coppie latinoamericane di classe medio-bassa. Tra questi ad esempio, i costi proibitivi rispetto alle procedure biomediche, un'adeguata condizione abitativa.

In base al concetto di filiazione dominante, la famiglia nucleare si basa sul legame di sangue in una rete estesa. In questo caso, per l'uomo accettare l'adozione significa riconoscere la propria sterilità di fronte al gruppo sociale di appartenenza. Per questo motivo, nei casi in cui il marito è contrario all'adozione, la coppia opta per la fecondazione assistita. Come afferma Bonnet (2014) "un desiderio di rottura con la famiglia può abbinarsi ad un desiderio di adozione". Alcune donne si dichiarano favorevoli all'adozione se avviene quando il bambino è piccolo, nel tentativo di simulare un legame biologico. Inoltre, per le donne intervistate, le origini sconosciute del bambino sono un elemento di critica rispetto all'adozione:

> *No io vorrei adottare è lui che non vuole lui prima quando non ci riuscivamo avevo messo anche questo un bambino lo adottiamo magari non è una cattiveria magari ci sono tanti bambini che hanno bisogno, però anche lui mi ha detto però se prendiamo un bambino come vedi tante volte un bambino cinesino, un bambino di pelle scura… no dici magari quando crescono dicono: "da dove sono uscito?". Perché lui (marito) nella sua compagnia hanno un'amica che è stata adottata e se ne è accorta da grande che è stata adottata, è italiana però non so come mai… ha capito di essere stata adottata è andata fuori di testa perché non gliel'avevano detto.*
>
> *I tuo marito non vuole adottare per il dolore che potrebbe provocare nel bambino?*
>
> *Sì penso di sì, oppure anche la paura di un domani questo eventuale bambino vuole cercare le sue radici le sue cose se fosse per me l'adotterei ancora adesso lui non lo so per averne due! (Nelly, ecuadoriana, 39 anni).*
>
> *L'adozione è difficile perché lo vedo anche con un ragazzino nel mio palazzo che è stato adottato: traumi su traumi, non accettava i genitori, gli odiava. Quindi non è una scelta facile (Maritza, ecuadoriana, 36 anni).*

Il figlio adottato non è un figlio vero, per questo non potrà ricevere amore e cure adeguati necessari ad una crescita sana:

> *Non ho mai voluto un'adozione ma non per cattiveria non perché sono cattiva perché venendo da un papà che aveva adottato già un bambino con la sua prima compagna… diciamo è stata un'esperienza molto dura che c'ha colpito a tutti e quindi io l'adozione l'ho accantonata subito. Perché finché la compagna di mio padre non poteva avere un figlio maschio, aveva delle femmine e non aveva un figlio maschio, questo bambino è venuto a questa casa come una cosa bella, no?[…] In quel periodo gli hanno voluto molto bene però quando lei è rimasta incinta e ha saputo che era un bambino maschio, l'amore che aveva per questo bambino (il figlio adottivo) un po' era andato mettendolo da parte perché se lo andava a dare all'altro fratello. Io non condivido questo perché se tu lo adotti, lo adotti perché gli vuoi bene, perché gli vuoi dare lo stesso trattamento che dai ai tuoi figli naturali. […] Quindi ho detto a mio marito che io un bambino*

non lo adotto perché dico tra tutte le cose che ho saputo dell'adozione di mio fratello e quello che gli è capitato che ha preso delle brutte strade e quindi cioè ho visto come che non è stato aiutato. Per me è stata anche una cosa molto dura e quindi gli ho detto al mio compagno subito io con l'adozione non lo voglio o è mio o niente. Non che non possa esser capace ad amare un bambino che non sia mio figlio, no non è quello, non voglio sbagliare, non voglio magari essere una persona che… cioè è una cosa diversa fra un figlio vero e un figlio adottato. Non voglio questo (Nelly, ecuadoriana, 37 anni).

Nel corso del lavoro sul campo svolto nel centro di infertilità dell'Ospedale Sant'Anna di Genova, ho incontrato due giovani donne di origine latinoamericana adottate da genitori italiani. Pamela è nata a Lima ed è stata adottata a 4 anni mentre Maritza è nata in Ecuador ed è stata adottata quando aveva 29 giorni. Pamela ha 33 anni è in cerca del primo figlio, nella narrazione spiega i motivi che la portano a scegliere la PMA e ad escludere l'adozione in relazione all'esperienza personale. Pamela racconta che dopo la drammatica morte del padre quando lei aveva 4 anni, la madre decide di dare in adozione alcuni dei suoi 10 figli perché si trova in una situazione economica e sociale disagiata.

Mi sono venuti a prendere a casa mi hanno bendato e caricato su una macchina e quindi poi mi hanno abbandonata davanti ad un albergo mi hanno lasciata lì davanti senza spiegarmi niente. Era la prima volta che vedevo delle porte scorrevoli. Quindi ho cominciato a giocare con le porte scorrevoli poi lì c'erano i miei genitori, che erano al bar, e l'assistente sociale e hanno visto questa bambina che giocava e l'hanno fatta entrare. Mi hanno fatto fare la prima merenda, mi ricordo ancora succo d'arancia, toast e yogurt alla fragola… Noi venivamo da San Salvador un quartiere di Lima, in realtà è un quartiere dove non si può entrare…io ero convinta che tra i 10 figli solo io fossi stata adottata…poi eravamo tutti dentro a questo albergo qua con i bambini adottati e scopro che c'era anche mia sorella. Però mia sorella non è stata voluta perché era troppo scura e quindi l'hanno rimandata indietro…era una famiglia tedesca, me lo ricordo…(Pamela, peruviana, 33 anni).

Dopo una decina d'anni entra in contatto con i suoi fratelli e sorelle grazie a Facebook, ma decide di stabilire dei rapporti di amicizia con loro perché li ritiene colpevoli di non averla cercata in precedenza. Si rivolge a loro esclusivamente per avere informazioni su eventuali problemi di fertilità vissuti dalle sorelle. Pamela dichiara di essere contraria alla pratica dell'adozione: il legame biologico è fondamentale nel rapporto fra genitori e figlio. Inoltre, tale pratica implica una separazione violenta dalla famiglia di origine, il consenso del figlio viene tralasciato:

Perché io non voglio adottare, non voglio che un altro bambino viva quello che ho vissuto io, non voglio perché magari sarei, come dice mia madre, la madre migliore… non lo voglio un bambino adottato, non voglio creare quelle situazioni di disagio, non lo so, mio marito neanche. In effetti lui ha sempre detto ho paura a non riuscire a sentirmelo mio (Pamela, peruviana, 33 anni).

L'esperienza di adozione di Maritza presenta notevoli differenze rispetto a quella di Pamela. Infatti, è stata adottata da neonata e racconta che di aver vissuto un'esperienza non traumatica ma di cui non ricorda nulla. Maritza è preoccupata per il fatto di non possedere informazioni sulle sue origini e ciò potrebbe provocarle difficoltà nella vita quotidiana e nella PMA. L'obiettivo di Maritza è avere un figlio "naturalmente", una priorità che non esclude l'adozione:

> *Guardando la mia situazione io sono consapevole di non avere il loro sangue però mi sento che faccio parte della famiglia… anche mia cugina me lo dice, ho una cugina che è come se fosse mia sorella e lei mi dice: "tu sei sangue del mio sangue" ma non lo sono in realtà (Maritza, ecuadoriana, 36 anni).*

Nel corso delle interviste, Pamela e Maritza hanno raccontato di preferire le tecnologie riproduttive rispetto all'adozione. Il racconto di Pamela pone enfasi sul dispositivo adottivo come sistema di sapere e potere all'interno del quale i bambini adottati rappresentano i "figli rubati" da parte dello Stato alle famiglie che vivono in contesti marginali o di disagio. Attraverso leggi e decreti, le istituzioni espropriano le donne migranti della capacità riproduttiva e del diritto alla maternità con l'obiettivo di ostacolare la riproduzione materiale e simbolica dei gruppi minoritari (Beneduce, 2014). La separazione operata dalle istituzioni fra bambino e famiglia di origine ha lo scopo di garantire l'assimilazione del minore al gruppo dominante mediante la formazione di una nuova identità.

6.3 Esperienze di infertilità e scelte procreative: campi di sapere, forme di soggettività e tipi di normatività

Le testimonianze raccolte indicano la presenza di molteplici ricorsi adottati dalle coppie nel tentativo di superare la sterilità. Tali pratiche si articolano all'interno di un continuum tra il tentativo di "inseguire il legame di sangue" (Ragonè, 1996, Inhorn, Birenbaum- Carmeli, 2008) e andare "oltre" (Nachtigall, 2010). Tutte le donne intervistate dichiarano di desiderare un figlio biologico, si aspettano una gravidanza "normale", un concepimento ottenuto in modo "naturale". A fronte di una prospettiva di vita senza figli, molte donne mostrano un atteggiamento diffidente e sospettoso verso le pratiche di adozione internazionale. Nella ricerca etnografica condotta fra le donne messicane che vivono negli Stati Uniti, Hirsch mette in luce i modi in cui la ricerca di maternità sia sostenuta da precise norme di genere: "avere un figlio legittima la condotta sessuale di una donna sposata; con la gravidanza dimostra che il potere del suo corpo è impiegato in modi utili, socialmente approvati, piuttosto che in modi puramente egoistici e anche potenzialmente distruttivi (2003: 241).

Il concetto di famiglia sviluppato in Occidente a partire dal XIX secolo come espressione della società borghese (Segalen, 1988), acquista "il peso normativo di un modello familiare unico oltre il quale tutto è deviante" (Imaz, 2018, pag. 2). La famiglia assume nel tempo la forma di un nido di amore, intimità e procreazione (Parsons, 1977), diventa l'ambito di unione della coppia eterosessuale, della sessualità e della genitorialità.

Numerose indagini nell'ambito delle scienze sociali (Stratern, 1992; Franklin,1995, 2013; Inhorn, Birenbaum- Carmeli, 2008; Alvarez, 2016; Imaz, 2018; Stolke, 2018) mostrano l'impatto delle tecnologie riproduttive sul modello di famiglia nucleare fondato sulla coppia eterosessuale: in primo luogo, l'intervento biomedico si sostituisce al concepimento spontaneo proponendosi di sanare i problemi di fertilità delle coppie eterosessuali che non riescono ad adeguarsi al modello procreativo dominante; in secondo luogo, le tecniche di II livello (FIVET, ICSI) separando la riproduzione dalla sessualità, estromettono la riproduzione dall'intimità della coppia e allontanano la procreazione dal corpo. In questo modo, si nota come l'intreccio fra l'impatto della medicina e delle tecnologie provochi una frattura nel modello procreativo dominante che da un lato, può rendere possibile la realizzazione di nuove forme di famiglia, dall'altro configura processi di negoziazione, strategie discorsive, narrative che rivelano la pervasività delle norme sociali.

In alcuni casi, come suggerisce Bonnet (2014), le donne migranti che decidono di ricorrere alla PMA nel paese di arrivo esprimono la volontà di essere madre ad ogni prezzo mostrando atteggiamenti di dipendenza dalle norme della procreazione dominanti costruite nel contesto transnazionale. Le donne ricorrono alle tecniche con un profondo senso di colpa per la sterilità di coppia: dedicarsi al lavoro riproduttivo implica un rafforzamento della visione naturalizzata della maternità. Il ricorso alle nuove tecnologie riproduttive accentua la dimensione normativa del genere ed evidenzia un paradosso: nel tentativo di svincolarsi dalle norme di genere, dalla famiglia e dalla tradizione e dallo stigma sociale della donna infertile, nella PMA le donne riproducono un ordine rigidamente normativo in materia di procreazione. Le forme di "agency riproduttiva" realizzate attraverso il ricorso alla PMA rappresentano un "dispositivo di costruzione culturale della realtà generativa" (Parisi, 2017: 28) poiché mettono in luce la relazione dialettica fra credenze, pratiche, norme sociali e il sapere biomedico. A fronte di scenari procreativi rigidamente normati dal punto di vista giuridico[148], le coppie infertili mettono in atto pratiche e discorsi che, in alcuni casi, favoriscono un profondo cambiamento nei processi di filiazione, mentre in altri possono rafforzare i valori del contesto socioculturale di riferimento.

[148] Legge 40 del 2004.

CAPITOLO VII

La pratica religiosa come risorsa nelle scelte riproduttive

Il presente capitolo illustra le forme e il ruolo assunto dalla partecipazione religiosa nella vita riproduttiva delle donne migranti di origine ecuadoriana e peruviana che vivono esperienze di infertilità in Italia. In particolare, occorre evidenziare il ruolo dell'esperienza religiosa nel rendere possibile il ricorso alla PMA. L'appartenenza religiosa si configura come un modo per dare senso alle tecnologie riproduttive, uno strumento per affrontare le procedure, per aiutare ad accettare il fallimento e "per comprendere i modi in cui la procreazione tecnologicamente assistita sia in grado di ricostituire la famiglia e la nazione" (Thompson, 2006, pag. 557). A partire da queste considerazioni, diverse ricerche si sono occupate di analizzare il ruolo della religione nell'ambito delle pratiche di procreazione assistita in differenti contesti religiosi e nazionali (Bharadwaj, 2002; Inhorn, 2007; Kahn, 2000; Paxson, 2003; Roberts, 2006; Thompson, 2006). Abitando la soglia fra religione e tecnologie riproduttive, si propone di superare l'approccio dominate basato sulla scienza moderna come campo secolarizzato, per il quale la religione è considerata espressione di un pensiero pre-moderno o ridotta a superstizione.

7.1 L'intreccio fra religione e tecnologie di riproduzione assistita

Diversamente da altre dottrine, la religione cattolica ufficiale disapprova l'uso delle tecnologie riproduttive. In particolare, l'opinione critica della chiesa cattolica si basa su due aspetti: il divieto di manipolazione degli embrioni, in base al concetto di vita come dono di Dio; la condanna dell'intervento biomedico sui processi di procreazione come manifestazione della volontà di dominio dell'uomo sulla natura[149]. Nell'indagine etnografica condotta in Ecuador nelle cliniche private che offrono servizi di procreazione assistita, Elizabeth Roberts (2006) esplorando la separazione e, al tempo stesso, la relazione costitutiva fra scienza e religione, cattolicesimo ufficiale e pratiche popolari, indaga i modi in cui gli operatori e i pazienti ecuadoriani fanno riferimento alla volontà di Dio per spiegare il risultato delle tecniche. Sebbene pazienti e operatori si dichiarino cattolici, allo stesso tempo rifiutano i dettami della religione ufficiale sulla manipolazione degli embrioni: scelgono di ricorrere ad una pratica tecnologica moderna disapprovata dal Vaticano e durante le fasi più importanti delle procedure (fertilizzazione in vitro, trasferimento dell'embrione in utero) si appellano e invocano Dio, pregano. Mentre gli embrioni vengono eliminati senza troppe attenzioni, pazienti e

[149] Cfr. Ratzinger, 1987. Congregazione per la dottrina della fede. *Il rispetto della vita umana nascente e la dignità della procreazione.*

operatori si rivolgono ad immagini religiose per chiedere un contributo alla fertilizzazione o all'impianto dell'embrione in utero. Inoltre, Roberts (2006) mostra come le tecnologie riproduttive rappresentino un campo in cui si realizza la separazione tra Stato e chiesa ma, allo stesso tempo, si configurino come pratiche che consentono di rafforzare l'identità culturale come nazione profondamente cattolica.

Gli ambulatori del reparto di PMA dell'ospedale Sant'Anna di Genova ricalcano questo paradosso: in ogni stanza la presenza del crocefisso è irrevocabile nonostante la presunta secolarizzazione. Dio non è nominato durante i colloqui né dagli operatori né dai pazienti ma, nelle fasi più delicate del processo di fecondazione assistita, anche le donne italiane si appellano a Dio, al destino, alla natura. Se inizialmente si potrebbe pensare ad un disinteresse delle parti rispetto alla sfera religiosa, dalle interviste svolte e dall'osservazione partecipante, emerge che il riferimento a Dio è costante e adoperato per spiegare il successo o il fallimento delle tecniche riproduttive. Nonostante molte donne di origine latinoamericana dichiarino di non frequentare la messa, l'appartenenza religiosa è enfatizzata.

In Ecuador la partecipazione alla messa non è considerata un segno di appartenenza religiosa (Roberts, 2006; Scrinzi, 2016): specialmente nelle zone urbane è comune "fare pellegrinaggi a santuari cattolici ma è raro che i fedeli partecipino alla messa della domenica" (Roberts, 2006: 521). Lo studio condotto in Messico da Voekel (2002), afferma che è possibile distinguere la presenza di due forme di cattolicesimo: una pratica religiosa illuministica centrata sull'individuo stesso e una forma di religiosità barocca caratterizzata da una scarsa attenzione alla dottrina ufficiale e da un rapporto personale con Dio e i Santi.

"Siamo cattolici ma non praticanti cioè non siamo persone che andiamo in chiesa ogni domenica". Questa frase, riportata da Juana, ecuadoriana di 41 anni, rappresenta un pensiero condiviso delle intervistate:

> *Sono molto cattolica… non sono una che ci vado tutte le domeniche, c'è stato un periodo che ci andavo tutte le domeniche, poi ci è stato un periodo in cui per lavoro ci andavo poco (Nelly, ecuadoriana, 39 anni).*
>
> *La religione, nel mio caso, ha un ruolo principale perché sono cresciuta cattolica, mia mamma è cattolica, io sono cattolica ma non estremamente (Maria Vera, ecuadoriana, 41 anni)*
>
> *Sì, io sono molto credente, abbastanza, non sono una che va in Chiesa tutti i giorni, però dentro di me ci credo (Isabel, ecuadoriana, 40 anni)*
>
> *Noi siamo cattolici, crediamo rispettiamo tante cose…però non siamo tanto devoti, neanche mio marito neanche io, per esempio nei Santi non ci credo ma sono battezzata (Veronica, ecuadoriana, 38 anni).*

Noi siamo cattolici ma non sono mai andata in chiesa, giusto per fare la comunione, queste cose… io sono sempre stata credente, io faccio sempre le mie preghiere, ogni tanto… mi affido sempre a lui (Anabel, peruviana,40 anni).

Molte donne raccontano la propria esperienza religiosa sulla base di un rapporto personale con Dio sviluppato con gesti quotidiani e una devozione particolare verso altre figure religiose:

Sono molto cattolica, ho una fede immensa a tal punto che quando me l'hanno detto (diagnosi di infertilità)…mi sono messa a piangere e ho chiesto… con una lacrima…come sto facendo adesso…che ancora me lo ricordo… ho chiesto tanto alla vergine della Guadalupe anche a una immagine che non ce l'abbiamo, che è dell'Ecuador, che si chiama la Narcisa de Jesus, ho chiesto tantissimo come le dico adesso e le ho chiesto di darme uno che sia solo uno però dammelo che propriamente ho pregato tanto e ho pregato tutti i giorni della mia vita…Mi sono più attaccata nel periodo che mi hanno detto che non potevo avere bambini alla Vergine di Guadalupe, a lei mi sono attaccata tantissimo…c'ho anche una collanina che mia madre me l'ha mandata dall'Ecuador della Vergine, la tengo sempre con me, sempre (Nelly, ecuadoriana, 38 anni).

Spesso si prega a tavola, prima di dormire e appena svegli:

Però comunque io prima di andare a letto prego, quando mi alzo, mi alzo facendo il segnale in oracion (preghiera) qualsiasi cosa io volessi io sempre prego ossia prego per la mia famiglia anche per loro che sono laggiù per le persone che neanche conosco quindi cioè questa fede (Nelly, ecuadoriana, 39 anni).

La condivisione e la partecipazione familiare sono valori trasmessi dai genitori e legati alla terra d'origine. Una donna spiega come in Ecuador i genitori le avessero insegnato che la tavola è sacra, per questo motivo c'era l'obbligo di pranzare insieme, alla stessa ora e mantenendo un comportamento adeguato:

Di mattino fino all'una stavi a scuola, arrivi a casa mangi, stai con papà e mamma che stanno tutti insieme e mi chiedevano com' è andata a scuola, tutto bene, ma l'importante era che dovevi arrivare all'una!! Perché l'ora era quella…guai se ritornavi più tardi guai…per tutti…guai!! doveva essere l'una! e perché? Perché si mangiava insieme e questo è uno dei valori! Perché guarda diciamo… corri corri perché ti picchiano! Perché l'ora di mangiare era un'ora precisa, tutti in tavola non come adesso ognuno per i cavoli che vuole. E questo è un valore, perché ti hanno insegnato a sederti a tavola, a non litigare a tavola, perché la mesa (tavola) è sacra! Il tavolo è sacro, così dicevano loro (Soledad, ecuadoriana, 53 anni).

Ancora oggi molte donne recitano una preghiera insieme ai propri figli prima di mangiare e prima di uscire di casa, chiedono la benedizione ai genitori prima di uscire o per un'occasione importante:

Sì, noi sempre, loro hanno tanto fede, a mangiare si ringrazia, loro lo sanno anche se noi non ci siamo, loro sanno che ovunque vanno devono ringraziare anche se a volte alle elementari ridono quando chiudono gli occhi, tu devi farli imparare (Ada, ecuadoriana, 40 anni).

Quando qualcuno va via sempre si dice che Dio ti benedica siamo così cattolici (Rosa, ecuadoriana, 43 anni).

Madre di due figli e in attesa del terzo, Marta ha 34 anni, è nata in Ecuador dove ha frequentato la scuola fino alle medie. È arrivata in Italia all'età di 16 anni con l'idea di completare gli studi ma nel tempo è prevalsa la necessità di un lavoro e quindi decide di rinunciarvi. Durante il primo periodo a Genova ha frequentato la Curia Pastorale Latinoamericana di Santo Stefano in cui aveva la possibilità di ritrovarsi con diversi sudamericani. La testimonianza di Marta dimostra il ruolo assunto dalla fede religiosa in relazione alla nascita: insieme alla cugina, ogni volta, prima di partorire, si reca presso il Santuario di Arenzano dedicato a Gesù nel tentativo di ottenere la protezione di Dio per i suoi figli. Marta mantiene alcune pratiche religiose che le aveva insegnato la madre in Ecuador, riadattandole al nuovo contesto di vita:

All'inizio sì frequentavo Santo Stefano ci sono persone sudamericane, ci sono tante del mio paese e peruviane. Però una volta iniziato a lavorare, il tempo non mi dava la possibilità…però proprio non avevo il tempo. Io penso che credere in Dio non è necessario andare in Chiesa. Per dire io amo dio basta che in casa mia mi alzo e sono credente, quindi prego qua in casa. Io per dire adesso ogni volta che ho avuto le bambine sono sotto la credenza di Gesù Bambino: prima di partorire vado là ad Arenzano e gli chiedo che vegli sui miei figli, sul mio bambino che è appena nato che nasca con salute e tutto quanto. Sempre ho fatto così sia con la grande che con quella di nove anni, vado prima di partorire e quando nasce lo porto, là sì questo sì…Mia mamma mi ha fatto credere nel Bambino Gesù, allora questa domenica andiamo con mia cugina che mi manca poco, almeno che sui miei figli sia presente, con me può fare quello che vuole, eh sì, però sui miei figli che vegli lui. Per me non è necessario andare in chiesa per credere in Dio. Sempre andiamo di là e mia cugina viene sempre con me (Marta, ecuadoriana, 34 anni).

L'esito del trattamento dipende dalla volontà di Dio, in ogni caso la procreazione è un "affare" di Dio, non è responsabilità esclusiva né dei medici né della scienza.
Per Jessica la scelta individuale di ricorrere alla PMA è comunque condizionata dal volere di Dio:

Da lì ho iniziato a viaggiare a fare tanti viaggi però poi l'anno scorso ho detto provo se va bene, bene, Dio lo vuole, se non va bene, Dio non vuole, ho deciso così! (Jessica, ecuadoriana, 40 anni).

Per Maria Vera la nascita dei suoi gemelli è l'evento di una combinazione ordinata fra volontà di Dio, della Madonna e l'intervento del medico del centro di PMA:

Sono cattolica perché credo in Dio, nella Madonna, nei Santi e se mi devo mettere in mano di loro prego Dio. Io dico che loro stanno qua grazie a Dio, alla Madonna, a Anna (ginecologa del centro infertilità), ossia io sempre pongo Dio, Madonna e Anna, che loro stanno per quello (guarda i suoi due figli) in questo ordine (Maria Vera, ecuadoriana, 41 anni).

Per Rosa, la mancata ammissione alle tecniche di procreazione assistita a seguito del raggiungimento dell'età limite (43 anni), è fondamentale nel sostenere la donna in un momento in cui si sente abbandonata anche da Dio:

> *Quando sono uscita dall'ospedale mi sono messa a piangere, Signore perché mi hai abbandonato, lui non abbandona nessuno, siamo noi che lo abbandoniamo a lui, è vero? Noi che lo abbandoniamo a Lui, che non crediamo a Lui ci son tanta gente che non credono. Ma io ce l'ho questo pensiero e non me lo toglie nessuno. Prima quando sei un po'… che ti succede (esperienza di infertilità)… ti senti un po' arrabbiata, dici delle parole… poi da sola ti rendi conto che, nonostante io sono molto cattolica… io voglio più sentire il Signore ma non è così, anzi se tutti i giorni quando mi sveglio dico padre dammi fede tanta di te io devo imparare tanto… è dura ma camminando con lui è meno pesante (Rosa, ecuadoriana, 43 anni).*

Dall'analisi svolta da Rapp (1998) nell'ambito dei test genetici e delle tecnologie riproduttive fra la popolazione straniera residente a New York, emerge il modo in cui le credenze religiose rappresentino una serie di potenti risorse che influiscono sulla scelta di rifiutare o accettare le pratiche biomediche. Benché alcune Chiese presentino posizioni contrarie alla PMA e all'aborto, alla manipolazione degli embrioni in relazione al concetto di vita, raramente le donne seguono, in modo rigoroso, la linea della confessione religiosa a cui appartengono. Nella maggior parte dei casi, si tratta di un accomodamento complesso mediante il quale attestano e negoziano la loro fede:

> *Lui ci ha dato il modo di poterci curare e questo è un modo di curare chi non può avere figli. Io non sono contraria, solo se viene esagerata, uno volte o due volte arriviamo alla terza poi basta non andiamo fino…(Maria Vera, ecuadoriana, 40 anni).*

In molti casi, le donne di religione cattolica raccontano di vivere una contraddizione nel ricorso alla PMA perché influenzate dall'idea di commettere un peccato. Le tecniche "forzano" un processo che dovrebbe essere "naturale" e per questo ritengono di andare contro alla volontà di Dio ma, allo stesso tempo, individuano nelle tecnologie riproduttive un'opportunità per dare la vita. In questo senso, il figlio assume il valore di dono di Dio. Per questo motivo scelgono di mantenere il segreto sull'origine della gravidanza. Infatti, nel corso di una conversazione con la coppia, il marito ammette di aver deciso di non rivelare a parenti e amici il ricorso alle tecniche riproduttive perché consapevoli della posizione contraria della chiesa cattolica in materia:

> *Ad un certo punto pensi Dio non vuole che vai incontro a questo perché stai andando contro alla volontà di Dio è una cosa…è una controversia…perché stai andando contro a quello che Dio vuole, perché Dio ti ha mandato così quindi non puoi andare contro e invece lo stai facendo e poi tu dici ma se la scienza sta avanzando la scienza sta avanzando perché chi è malato di cuore sopravviva, la scienza sta avanzando perché le persone che stanno soffrendo di cancro sopravvivano, perché io non posso avanzare con questo? Perché Dio ha fatto questo avanze? Ma se tu parli con un prete il prete dice che stai commettendo un peccato che stai andando contro di Dio, ma già quando i bambini sono qua e tu vai da un prete, il prete*

dice che Dio li benedica…la mia ambizione da piccola la mia ambizione era essere mamma, io non volevo altro che essere mamma e basta (Maria Vera, ecuadoriana, 41 anni).

Rapp (1998) dimostra come nel ricorso o rifiuto delle tecnologie riproduttive, le donne non riflettano posizioni teologiche o dottrinali, al contrario, la religione assume il ruolo di una "traiettoria esperienziale" (Rapp, 1998: 47).

In alcuni casi, il progresso tecnologico è considerato l'espressione diretta della volontà di Dio mentre l'infertilità assume la forma di una malattia da curare mediante terapia medica. Nelle narrazioni femminili la religione aiuta a fare chiarezza su una decisione difficile da prendere. La religione permette di accettare lo stato di infertilità come condizione di vita adeguata e attraverso la fede si raggiunge la forza per dare senso ad una condizione "disfunzionale":

Mi ha aiutato tanto perché so che se confido in Dio riuscirò, anche se non potrò avere bambini, a trovare la pace…perché è la cosa che voglio di più, in pace con me stessa ed essere felice, comunque vadano le cose. So che Dio mi aiuterà sempre in qualunque situazione, perché anche avere un bambino… vedo che non è facile essere mamma. Magari se non devo diventare… è perché non ce la farò a superare tante cose. Sì, perché noi diciamo che nella preghiera chiediamo a Dio di darci la forza per capire certe cose, magari da soli non riusciamo a capirle (Elena, ecuadoriana, 28 anni).

Poi, quando sono andata da Anna (ginecologa del centro) la seconda volta, che le ho detto basta, non voglio più, prima avevo parlato con Dio e con la Madonna perché in quel momento io lavoravo in una chiesa e ho parlato con Dio e gli ho detto: guarda ormai ho capito che tu non vuoi che io sia mamma quindi Dio dammi la forza, il coraggio di accettare ciò che tu hai deciso e basta, io solamente quello ti chiedo, ya, non mi fai fare questa sofferenza questo dolore che sento (Maria Vera, ecuadoriana, 41 anni).

In alcuni casi sono emersi forti dubbi sul percorso, in particolare fra coloro che hanno già un figlio. L'atteggiamento di Claudia è ambivalente nei confronti della PMA: da un lato se rifiuta il trattamento crede di perdere un'occasione, dall'altro accettare significa essere egoisti, volere troppo, infondo loro sono già una famiglia, Dio le ha permesso di diventare madre e ha un figlio sano. Si tratta di accettare la procreazione assistita come un modo per allontanare un senso di colpa per non aver fatto un tentativo, per non aver considerato una possibilità, un'occasione. Si tratta di un percorso complicato e potenzialmente pericoloso per la salute della donna e nonostante il desiderio di avere un altro figlio sia forte, ciò non assicura automaticamente una gravidanza perché ci sono cose che non si possono controllare: l'esito della terapia è effetto della volontà di Dio:

È stata la dottoressa a dirmi questa cosa, di farlo subito, se no non riesco più a fare un altro bambino e poi mi ha detto mio marito "se noi non riusciamo più ad avere un altro figlio non è che ci sentiamo in colpa, "uno abbiamo già un bambin, che grazie a Dio, sta benissimo, ne abbiamo uno, siamo ormai una famiglia, poi se non viene saprà Dio perché non viene però noi siamo tranquilli perché ci abbiamo provato ad avere un altro figlio e basta se non viene non viene saprà Dio perché non viene, sai che le cose non le

puoi comandare cosi, e basta, vediamo, quello che succede non lo so, ieri con quello che ho sentino, o mamma mia ,stiamo facendo la cosa giusta?(Claudia, ecuadoriana, 37 anni).

Dalle testimonianze raccolte emerge che, come chiarisce Roberts (2006), l'approccio delle donne ecuadoriane all'intervento biomedico dimostra che la modernità non coincide automaticamente con dinamiche di secolarizzazione o con l'esclusione dell'aspetto mistico, misterioso, dell'incanto dal campo della natura. I comportamenti delle donne migranti latinoamericane destabilizzano la prospettiva convenzionale dominate che, in ambito medico, separa la fede religiosa dagli aspetti materiali e dalla razionalità scientifica. Le donne di classe media che accedono alle tecnologie riproduttive si autorappresentano come moderne ma allo stesso tempo rivelano un approccio spirituale alla razionalità scientifica. Infatti, molte pazienti invocano la volontà divina al fine di attribuire un significato alla pratica e legittimare l'uso delle tecniche a fronte della contrarietà ufficiale della Chiesa Cattolica. Le invocazioni religiose, le preghiere, il riferimento ad immagini di Santi da parte delle donne indicano un intreccio fra modernità scientifica e intervento di Dio nello spazio simbolico della modernità: il laboratorio biomedico. Come afferma Roberts "il desiderio di raggiungere la modernità non include un'ambizione a diventare soggetti secolarizzati" (Roberts, 2006, pag. 125).

Nonostante diversi studiosi abbiano dimostrato la produzione continua del mistico e dell'incanto come mezzo necessario per costituire sé stessi attraverso gli altri, il discorso medico dominate rappresenta la procreazione assistita come una pratica moderna, razionale ed espressione del disincanto occidentale (Certeau, 1992, cit. in Roberts 2006). Le invocazioni e i riferimenti a Dio sono percepiti dai medici come espressioni di una religiosità particolare, non normale.

7.2 L'esperienza teologizzante della migrazione

Nel rapporto fra migrazione ed esperienza di partecipazione religiosa, molte intervistate riferiscono un percorso di avvicinamento alla fede, grazie alla mobilità transnazionale: lontano dalla famiglia e dalla propria terra si percepisce la necessità profonda di Dio rispetto ad altri bisogni, "si inizia ad amare Dio quando si è in terra lontana" (Warner, 1997). Come ipotizzato da Warner (1997, 2017) la migrazione rappresenta un'esperienza teologizzante in quanto induce ad una riscoperta del valore dell'appartenenza religiosa.

Nel caso di Marilin, la migrazione rappresenta un'esperienza di avvicinamento alla fede. La lontananza dalla famiglia, le difficili condizioni lavorative e abitative riscontrate nel nuovo contesto di vita, la solitudine sono aspetti che comportano una riflessione profonda:

Sì perché noi siamo cattolici perciò la fede è proprio… per me guarda ogni volta che andavo giù la mamma mi portava in chiesa, noi abbiamo la Madonna del Quinche che è la nostra patrona proprio e io la prima volta che sono uscita dal paese stavo in lacrime. E quindi noi siamo legati… come Madonna siamo legati a lei. E la fede la trovi, partendo la trovi, perché a qualcosa ti devi aggrappare quando parti io mi sono aggrappata anche a quello. Però prima non ero praticante ma quando sei qua ti porta a credere di più, a pregare, a chiedere i favori, è così ti devi aggrappare. Essere da soli, lontani, ti dà la forza a credere di più. Sì, ti aggrappi a quel fatto di credere e devo dire che aiuta molto (Marilin, ecuadoriana, 40 anni).

Le pratiche religiose e le modalità di partecipazione alle diverse comunità variano in relazione al percorso migratorio, al contesto politico di accoglienza, alla posizione socio-economica, al capitale socio-culturale del soggetto, riflettendo processi di costruzione sociale dell'identità che agiscono fra paese di arrivo e di origine tramite discorsi e percezioni diffuse (Scrinzi 2016; Ambrosini, Naso, Paravati 2019). Per i migranti arrivati da poco, le chiese cattoliche ed evangeliche offrono numerosi servizi, assistenza materiale (generi alimentari, vestiti, ecc..), conforto spirituale e una base solida per lo sviluppo di reti di relazioni, legami di amicizia e relazioni. Le istituzioni religiose si mostrano capaci di accogliere e offrire possibilità di scambio e di sostegno, al contrario, quelle politiche e sociali che non permettono valide occasioni di aggregazione fra persone migranti. La pratica religiosa può rappresentare un punto di riferimento a cui affidarsi come elemento di continuità rispetto al paese di origine. In questi casi, l'esperienza religiosa rappresenta un fattore per resistere al nuovo contesto, un ponte sicuro che unisce passato e presente, un modo di fare del passato a cui si vuole rimanere legati, uno strumento che diventa necessario per custodire le proprie radici (Warner, 2003). Mariana sceglie di frequentare una chiesa evangelica per un certo periodo insieme ad un gruppo di amiche latinoamericane. Nel corso di qualche anno, la chiesa viene sciolta per volontà del pastore. Il gruppo si divide e Mariana si allontana. Anche se, in relazione all'esperienza di infertilità ha sentito la necessità di rivolgersi a Dio per trovare una risposta alla domanda "perché io non ci riesco?", sembra considerarlo un uso strumentale della religione da evitare:

Non mi sono neanche avvicinata più di tanto perché non potevo avere figli, perché la mia amica si è avvicinata tantissimo giusto per… perché non riusciva ad avere dei bambin e non c'è riuscita fino ad adesso. Però io non mi sono avvicinata ci credo a modo mio ma non sono una che prega tanto (Mariana, ecuadoriana, 37 anni).

Per Ada il tragico episodio della morte del figlio di 4 anni segna l'inizio della partecipazione ai gruppi di famiglia organizzati dalla parrocchia. Si tratta della chiesa situata nel quartiere di residenza in cui i figli hanno preso la comunione e la cresima e attualmente svolgono funzione di chierichetti. Appena arrivata a Genova, anche Ada, ha frequentato la comunità latinoamericana di Santo Stefano. Poi ha deciso di portare i figli nella parrocchia del quartiere in cui ha continuato a partecipare alle attività assumendo il ruolo di collaboratrice:

Quando mi è successo del bambino ho fatto… sono andata… c'era mia mamma che frequentava la chiesa cristiana evangelica e alloro loro venivano sempre a casa mi parlavano… ti dico la verità io sono cattolica, i miei figli fanno i chierichetti, una vita che siamo in chiesa, per noi c'è il gruppo famiglia e questa cosa mi ha aiutato… la fede… mi sono aggrappata tanto tantissimo… che poi io non ho bisogno di gocce di niente, c'ho il dolore che è grande e tu quello non lo puoi cancellare però hai un'altra forza, io prego tanto, mio marito, anche i miei figli e siamo sempre nella chiesa a pregare… Noi andiamo tutte le domeniche alla messa e quando c'è il gruppo famiglia che si riuniscono noi andiamo. E si parla e ognuno dice le sue cose, si prega e si fanno delle cene. Nel gruppo famiglia che abbiamo noi non ci sono stranieri la unica straniera sono io. Mi vogliono tutti bene, io sono 18 anni che abito lì, tutti mi conoscono, tutti mi vogliono ben e sempre c'ho quella persona che viene ti chiede come stai (Ada, ecuadoriana, 40 anni).

Lucia frequenta la comunità latinoamericana da quando è arrivata a Genova, prima come allieva dei corsi poi come catechista, responsabile e segretaria. Per Lucia attraverso la pratica religiosa, il Signore ha dato una forma nuova alla sua sofferenza, le ha trasmesso la forza di rinascere nella migrazione e soprattutto a seguito dell'esperienza di infertilità. In particolare, Lucia dichiara la difficoltà di vivere il matrimonio come alleanza di fronte a Dio senza avere la possibilità di riprodursi, si ritiene responsabile dell'infertilità della coppia e in colpa per non poter dare figli al marito. La partecipazione ai gruppi di sostegno alle coppie e il confessore spirituale rappresentano forme concrete di sostegno per le donne migranti:

Con la mia famiglia dico che la fede mi ha aiutato molto nel fatto di accettare ogni sofferenza, nel credere che c'è un Dio, perché prima lo vedevo un Dio lontano che non accoglieva le mie intenzioni, le mie preghiere e sempre c'era una domanda, il perché di un fatto, il perché dell'altro. Invece su quello mi stavo sbagliavo perché non aprivo così il mio cuore al Signore. Io lo vedevo un Dio che voleva farmi soffrire invece no, a volte la sofferenza ti porta a una rinascita (Lucia, peruviana, 40 anni).

Lucia arriva a far parte del gruppo END insieme al marito dopo un lungo percorso di crescita spirituale e aver assunto diversi incarichi di responsabilità nella Curia Pastorale di Santo Stefano.

Sono passata nei vari servizi come catechista poi ho fatto un servizio di volontariato posso dire nella formazione martedì o giovedì poi sono stata segretaria pastorale della comunità per quasi 5 anni. Poi qua, non so se hai sentito, ci sono le fraternità bibliche e lo studio della parola e insieme a mio marito siamo stati responsabili di tutte le lectio divinae e allora noi eravamo i responsabili di ogni gruppo di lectio e poi siamo stati anche in un percorso di coppie di matrimonio a formare delle coppie…Nel 2007 c'era questo gruppo di Notre dame (END) che è nata in Parigi per formare le coppie che sono in matrimonio religioso per continuare un cammino di fede in alleanza, per continuare il cammino di fede. Allora anche noi abbiamo partecipato a questi incontri e siamo stati responsabili perché ogni anno si rinnovava una coppia faceva il responsabile del gruppo di coppie. Ci incontravamo mensilmente in casa delle famiglie e facevamo uno studio di un brano biblico e ne riflettevamo in compagnia con un sacerdote spirituale che praticamente era la nostra guida del gruppo. Ogni volta ci lasciavano un compito da fare durante il mese e quando ci incontravamo dovevamo condividere cosa avevamo vissuto. Ad esempio, per la frenesia del lavoro…uno

lavora e arriva a casa mangia e invece bisogna fermarsi parlare, dialogare, bisogna come fare un appuntamento ed era quello che facevamo. Lì c'era un modo il momento di sedersi che consisteva nel sedersi faccia a faccia e parlavamo chiedevamo come era andato il lavoro, la giornata perché a volte nella coppia un po' scappa perché la frenesia del lavoro porta altri pensieri. La coppia come coppia bisogna che l'aiuti a formarsi per non perdere la pazienza, per non perdere il dialogo che è importante… dialogare fra le coppie e anche fare… come si dice… come se ogni giorno fosse un primo appuntamento, uscire magari andare al cinema, andare a cena fuori e tante cose, questi sono aspetti che aiutano molto la coppia. (Lucia, peruviana, 40 anni).

Nell'incontro con le altre coppie tra le quali diverse di origine italiana si affrontano temi legati alle trasformazioni nelle famiglie, al calo delle nascite, ai problemi fra genitori e figli. Nei discorsi dominanti la riduzione del numero dei figli nelle famiglie italiane è legata ad una dinamica di secolarizzazione che vede il rifiuto della genitorialità per motivi legati alla carriera. Le donne italiane non considerano un figlio un dono del Signore, per questo sono percepite dalla popolazione migrante come egoiste, in quanto preferiscono e scelgono la carriera:

Sempre sentivo dire che gli italiani non progettavano di far crescere la famiglia perché dovevano lavorare, se non lavoravano, non accudivano i figli. Poi ho conosciuto delle persone italiane che avevano dei pensieri che lei non voleva avere i figli perché per loro la prima cosa era la sua professione cioè svilupparsi professionalmente e avendo un figlio non avrebbe potuto. Ho conosciuto delle persone italiane così. Lo posso dire perché con mio marito non siamo riusciti ad avere dei figli ma ci siamo affidati alla volontà del signore. Siamo per la vita, sì sì (Lucia, peruviana, 40 anni).

Una forma di sostegno spirituale consiste nel confessore spirituale: una figura che assume il ruolo di guida, un sacerdote con cui condividere problemi, ricevere consigli, chiarire i dubbi. Un sostegno nel cammino di fede, di crescita spirituale e personale che rende possibile il cambiamento:

sinceramente, visto che ho un consigliere spirituale…diciamo…provo altri sentimenti profondi che prima non provavo, questo è un po' difficile da spiegare, il consigliere spirituale mi ha dato qualche indicazione. Io qua ho una guida spirituale, perché uno da solo non può fare, se hai qualche dubbio di fede o anche di avere un conforto, diciamo a volte, tu stai vicino a una persona che senti vicino, un confessore. Puoi condividere le tue problematiche e lui ti può dare dei consigli. (Lucia, peruviana, 40 anni).

Assumere il ruolo di responsabile, catechista, segretaria pastorale, per una donna migrante significa tradurre il nuovo status acquisito nel contesto di vita nell'ambito della comunità religiosa (Ambrosini, Naso, Paravati, 2018). A fronte di condizioni lavorative stabili e di un livello medio di istruzione, il materiale raccolto evidenzia come le molteplici forme di partecipazione all'istituzione religiosa rappresentino per le donne migranti una modalità per consolidare l'acquisizione di spazi di autonomia e indipendenza ottenuti grazie alla migrazione (Warner, 2000). Dall'indagine etnografica è emerso il ruolo di responsabile religiosa, collaboratrice all'interno di chiese migranti e la partecipazione attiva

nelle chiese territoriali. Alcune latinoamericane sperimentano una posizione autonoma e ruolo attivo nelle scelte di fecondità e nel percorso di PMA, a partire delle risorse elaborate attraverso la pratica religiosa.

Marilin durante il primo periodo di vita a Genova sceglie di frequentare la comunità latino-americana di Santo Stefano per questioni concrete come il lavoro e la lingua, in seguito diventa uno spazio in cui sviluppare amicizie oltre ad ascoltare la messa nella propria lingua, ritrovarsi dopo una giornata di lavoro pesante. L'apprendimento della lingua, la stabilizzazione legata all'inserimento sociale e lavorativo inducono a frequentare la chiesa del proprio quartiere insieme alle altre famiglie italiane. La pratica religiosa permette l'accumulazione di capitale sociale necessario per l'integrazione nel contesto di vita e favorisce il riconoscimento sociale dell'identità migrante. Le risorse acquisite si riflettono nel percorso di ricerca del figlio: a fronte di una diagnosi di infertilità inspiegata, Marilin madre di una ragazza di 20 anni, sceglie di non sottoporsi al ciclo di PMA riferendo di voler tutelare la propria salute. Dopo un anno, ottiene un concepimento spontaneo:

> *Un po' tutto perché tu vai in chiesa magari trovi un po' di serenità, un po' di calma e poi i tempi a Santo Stefano a sentire la messa in spagnolo, sentirti a casa tua, la messa in spagnolo. Quindi almeno la domenica sentivi che eri in un altro posto e poi ti facevi amici che magari ti vedevi solo lì io lavoravo fissa e uscivo solo la domenica e vedere queste poche persone che vedevi solo a messa era confortante parlare la stessa lingua. Durante la settimana ero con una persona anziana era pesante tutto il giorno lì le ore non passano mai sei da sole con lei in una casa enorme quindi la settimana era lunghissima, poi arrivi lì e ti trovi un giorno un paio d'ore ed era fantastico, la lingua, tutti parlano spagnolo e ti dava un po' di sicurezza di dire vabbè dai passa questa settimana e arriviamo alla prossima. Aspetti sempre la domenica dopo per poter sentirti un po' a casa. Sì io da subito, appena arrivata, le prime messe andavo a Santo Stefano e ho frequentato per anni, anche quando mi sono messa con mio marito andavo la domenica là, a me piace cantare perciò mi faceva proprio sentire… non lo so mi sollevava un po' il cuore, poi basta ho smesso di andare perché la lontananza incide e poi perché ho iniziato a frequentare la chiesa dove c'è il coro e quindi ho fatto amicizie con il coro e ho iniziato a cantare con loro e allora ho cambiato chiesa. Sono anni che non vado a Santo Stefano però forse adesso… vabbè sono… io ho un'altra stabilità, ho un'altra vita, sono più serena, prima avevo proprio bisogno della mia gente, della mia cultura, adesso non più. Vado a messa qua è uguale. Tutti italiani sì. Siamo entrate con un'amica che è la madre di una compagna di mia figlia e dice "sono tutti italiani", gli unici stranieri siamo io, uno dell'Ecuador e uno del Senegal, è un gruppo strano, c'è chi suona, chi canta però sì mi hanno fatto sentire anche loro a casa, anche se non sento la mia lingua (Marilin, ecuadoriana, 40 anni).*

Dopo un periodo di partecipazione alle attività proposte dalla chiesa, alcune donne che ho incontrato assumono la funzione di volontaria e/o di responsabile all'interno della comunità religiosa. In questo modo, si costruisce una rete che favorisce la riappropriazione di un sentimento identitario da parte

della donna migrante, sostenendo l'inserimento nella società di accoglienza e nell'affrontare le esperienze di infertilità.

Nelly frequenta la Chiesa di Santa Maria della Speranza e si occupa di organizzare attività di gruppo, incontri di preghiera e rinfreschi in occasione della celebrazione della festa per la Narcisa de Jesus:

> *Sono coinvolta ma non a Santo Stefano più a Santa Maria della Speranza perché il 21 del mese di dicembre è stato un piccolo rinfresco che si è fatto per la Narcisa de Jesus, perché siamo noi, mio marito e io, l'abbiamo portata dell'Ecuador e l'abbiamo regalata alla chiesa perché non ce l'avevano loro, avevano una che era prestata ogni tanto, e invece, nel 2015 quanto sono andata all'Ecuador con mio marito abbiamo deciso de portarla perché una cosa bella per noi, per tutte le persone che siamo credenti in lei. Quindi l'abbiamo portata, l'abbiamo regalata. Diciamo che mi sento più con la chiesa del Santa Maria della Speranza e ogni cosa che io ho bisogno, padre Daniel ha bisogno, ci manteniamo in contatto anche con un gruppo che si chiama Aso Balzar per fare questo piccolo rinfresco di dare del rinfresco dopo la messa che si fa questa cosa lo facciamo per tutti non soltanto per le persona che sono devota per la Narcisa lo facciamo in generale per tutte le persone che frequentano la chiesa che in quel momento si trovano lì, cerchiamo di dar da mangiare a tutti, la festeggiamo con tutti. Questa della Vergine la gestisco io diciamo come mi ha detto sempre padre Daniel sei stata tu e il tuo compagno a portarla vorrei che tu tutti gli anni te ne occupassi di fare quello che tu vuoi diciamo nel senso buono e l'aperitivo e tutti a dicembre quando con l'aiuto anche di questa Aso Balzar sempre con la collaborazione anche di loro perché loro lo fanno (Nelly, ecuadoriana, 39 anni).*

Alcune donne si sono avvicinate alla chiesa cattolica in occasione del catechismo per i figli. In questi casi, si realizza la formazione di un gruppo di genitori di diverse origini che permette di sviluppare amicizie nel quartiere di residenza, offrire sostegno materiale alle famiglie numerose e in difficoltà economiche, si organizzano momenti di incontro e di festa:

> *Ho cominciato più a praticare ad andare in chiesa da quando due anni fa ci siamo trovati con questo prete nuovo che all'inizio ci obbligava…ci obbligava perché diceva se la domenica non venite voi in chiesa, ai vostri figli io non gli faccio fare la comunione. E quindi tutte le madri eravamo arrabbiate sai, ci obbligano a fare una cosa, ci dava fastidio. E io per il lavoro all'inizio non andavo perché lavorando in un ristorante facevo sempre la domenica e mi riposavo al lunedì. Dopo di che ho lasciato quel lavoro e alla domenica adesso… per dirti con l'altro lavoro che ho la domenica a volte non ci vado…domenica scorsa che non ho lavorato, sono andata. Però ti coinvolge e mi fa piacere. E a volte dico meno male che è venuto lui perché ti coinvolge tanto, fa tante cose, ti organizza cene alla sera, gli altri giorni ti consiglia, mette i bambini in fila e dice voi mi mettete in fila e noi mangiamo la pizza! Ognuno con i suoi problemi… e ti rendi conto che ognuno sempre ha un problema un po' più grande degli altri. È un prete che ci coinvolge tanto, a me piace, magari non sono mai andata in Chiesa prima…l'altra domenica anche lui (marito) diceva dai andiamo che c'è don Andrea che ci dobbiamo andare! (Anabel, peruviana, 40 anni).*

Juana è nata a Guayaquil, cattolica, racconta che dopo aver portato il figlio al catechismo, da qualche anno si offre di accompagnare i ragazzi di Santa Maria della Speranza durante il ritiro spirituale e si

occupa delle pulizie dei locali. Il ruolo della pratica religiosa consiste nel favorire il superamento di una condizione femminile percepita dagli altri come "anormale": da un lato egoista, dall'altro responsabile dell'infertilità della coppia. Una situazione personale vissuta con sofferenza perché mette in luce le proprie fragilità. Dopo vari accertamenti e la diagnosi di infertilità inspiegata, Lucia sceglie di non ricorrere all'intervento biomedico dopo un lungo percorso di crescita spirituale e personale che conduce ad accettare il limite di non poter avere figli e diventare madre. La fede e le pratiche di partecipazione religiosa permettono di affrontare in maniera positiva la situazione di infertilità:

> *Allora se parlo della mia esperienza come donna diciamo che non ha avuto la possibilità di avere figli non è stato facile come donna perché per me, se il Signore mi ha chiamato a fare un'alleanza con un uomo con cui starò tutta la vita sicuramente il desiderio di crescere dei figli è forte, mi è costato molto soprattutto i primi 3 anni. Sì 3/4 anni posso dire per me è stato difficile, è stato molto…posso dire molto doloroso il fatto che non potevo concepire nonostante le ricerche che abbiamo fatto che tutto fosse normale ma niente. E poi sì praticamente soffrivo per il fatto di non dare un figlio a mio marito, per il fatto di non essere madre però proprio la fede è quella che ti fa capire che quando il signore… diciamo ti fa capire proprio la fede… se tu puoi accettare ogni cosa, che sia fatta o non sia fatta. E poi diciamo che è il Signore che ci ha dato la forza di accettare. Mi ricordo che quando le persone mi dicevano "e quando? e quando? e quando?" (fate un bambino) il quel periodo non sapevo cosa rispondere però poi rispondevo con molto tranquillità "eh niente ci affidiamo alla volontà del Signore. Quello dipende da… come si dice… come persona… prima di aprirsi come persona e poi aprirsi a quell'essere supremo che ti ha dato la vita. Da lì. Tutto dipende dal donarsi perché il Signore si dona, si dona a te tramite le persone che conosci, i posti che conosci cioè ti mostra. Questo te lo dico ed è così, io lo sento così…guardare la sua creazione… che questo non lo capivo tanto tempo fa… vedevo un Dio che aveva creato tutto e basta. Però poi quando la tua fede continua a crescere si conosce di più sì (Lucia, peruviana, 40 anni).*

Nella vita delle donne migranti infertili, la pratica religiosa, a seconda dei casi, favorisce o ostacola un inserimento sociale e rappresenta una risorsa nell'affrontare lo stigma sociale diffuso verso le donne senza figli. Per alcune si tratta di costruire una diversa percezione di sé attraverso un percorso di crescita spirituale e personale che comprende varie fasi. Benché, specialmente in un primo momento, molte si rivolgano alle diverse chiese "migranti" presenti sul territorio, solo alcune partecipano alle attività delle parrocchie del quartiere di residenza mentre in altri casi, le donne assumono un ruolo di responsabile della comunità. A partire dalla frequentazione di uno spazio comunitario, in relazione al percorso migratorio, alle forme di famiglia e allo status socio-economico è possibile individuare un percorso di crescita spirituale che permette di vivere in maniera positiva l'esperienza di infertilità di coppia. La pratica religiosa assume un ruolo fondamentale nel processo di attribuzione di senso all'esperienza di infertilità vissuta. Le narrazioni delle donne rivelano i diversi modi in cui le persone elaborano strategie di risposta per ricomporre la frattura nelle traiettorie

riproduttive immaginate e desiderate. La scoperta dell'infertilità rappresenta un momento di rottura materiale e simbolica creata dal superamento dei confini morali della riproduzione "naturale" (Parisi, 2017). La fede è utile quindi a mettere in discussione le norme interiorizzate di genere e della parentela attraverso processi di rinegoziazione della propria esistenza tramite nuovi comportamenti e decisioni. La pratica religiosa rappresenta una risorsa per costruire la narrazione di una verità accettabile come capacità di azione e aspirazione.

Conclusioni

Fantasmi e pregiudizi accompagnano ancora oggi il dibattito sulla procreazione assistita dando forma a pratiche e discorsi. Nelle istituzioni e nei media si parla di fecondazione assistita esclusivamente in termini di biologia, tecnologia, medicina, etica. Come ai tempi della legge sull'aborto, sottolinea Ida Dominijanni (2005), anche oggi, occorre parlare di procreazione assistita perché significa parlare di sessualità e di politica.

Attraverso le esperienze delle donne che si avvalgono delle tecnologie riproduttive e il punto di vista degli operatori sanitari che si occupano di infertilità, queste pagine rappresentano il tentativo di mettere in luce ciò che di solito resta opaco, o non detto, nel discorso pubblico.

Il discorso scientifico, le pratiche di medicalizzazione della maternità e di patologizzazione dell'infertilità, le politiche sulla fertilità e sulle migrazioni producono una naturalizzazione della maternità basata sul mito dell'istinto materno. Il controllo esercitato attraverso il discorso scientifico rafforza una visione uniformante della maternità e della struttura di genere. A ciò si intreccia il ruolo svolto dall'ambiente familiare e sociale nell'attribuire un significato preciso all'esperienza di infertilità. Il discorso dominante sui comportamenti riproduttivi delle donne migranti si configura nei termini di un allarme sociale per le precocità delle relazioni sessuali, l'alta percentuale di gravidanze fra giovani adolescenti e un elevato tasso di abortività. Nel caso delle donne migranti latinoamericane che si rivolgono ai servizi di diagnosi e terapia dell'infertilità, è emerso il ruolo delle istituzioni nella configurazione dei ruoli socialmente attribuiti al maschile e al femminile. Le istituzioni sanitarie riproducono un sistema di rappresentazioni e pratiche di naturalizzazione delle disuguaglianze di genere basato su una classificazione binaria delle differenze sessuali che risulta un fattore determinante nella costruzione delle soggettività. Lo sguardo etnocentrico degli operatori produce una rappresentazione distorta che essenzializza le donne migranti: le categorie analitiche adottate dagli operatori per interpretare i comportamenti riproduttivi permettono di occultare le molteplici forme di esclusione femminile connesse alla classe sociale, sessualità, appartenenza nazionale e culturale. Inoltre nascondono la complessità dei posizionamenti, l'eterogeneità delle esperienze e le forme di agency adottate nel tentativo di ricomporre la frattura della riproduzione. Nel discorso degli operatori, le donne migranti latinoamericane vengono descritte tramite due immagini prevalenti: la donna legata ai valori tradizionali e sottomessa, oppure la donna ipersessuata, esotica, che pratica una sessualità fuori controllo. Nel rapporto fra donne migranti e servizi sanitari, diversi studi (Hernandez, 2010; Lagomarsino, Pagnotta, 2012; Pedone, 2014; Krebbekx, Spronk, M'charek, 2017) sottolineano dinamiche di cristallizzazione dei comportamenti sessuali e riproduttivi in relazione alle origini culturali.

Mi concentro sui rituali mitopoietici che accompagno le procedure biomediche relative alla fecondazione, per evidenziare una trasformazione della percezione di sé e del corpo come processo di iniziazione alla cultura politica dominante basata sulla supremazia della scienza, della tecnologia, del patriarcato.

Sulla questione del rapporto medico paziente, questa tesi ha voluto evidenziare la necessità di una nuova prospettiva "per riposizionare i casi nei loro contesti culturali, emancipare le vite spezzate e i

segreti di un'esistenza dagli artefatti diagnostici di una scienza positiva, leggere tra le pieghe di un corpo la compagine somatica, le metafore e gli artifici teorici che marcano la cifra culturale" (Faranda, 2013: 125). Il dispositivo di mediazione etno-clinica propone, infatti, "il superamento del vincolo nosografico: la narrazione congiunta si emancipa dal valore indicativo della diagnosi clinica" (*ibidem*).

Dalla ricerca sul campo fra le donne di origine latinoamericana, è emerso che la scoperta dell'infertilità rappresenta un momento di rottura, una spaccatura nelle traiettorie riproduttive immaginate e desiderate (Parisi ,2017; Mattalucci, 2017). Le cause non sono solo organiche ma comprendono fattori sociali e politici. L'interazione fra le coppie infertili rappresenta un mezzo per "coltivare la speranza e, in alcuni casi, per mutare le condizioni del riconoscimento" (Mattalicci 2017: XXXIX) ma risulta un aspetto totalmente tralasciato all'interno dei centri di infertilità frequentati durante la ricerca sul campo.

Attraverso l'analisi del materiale etnografico raccolto si è cercato di mettere in luce come i comportamenti riproduttivi rappresentano una risposta a storie riproduttive, familiari e affettive che variano in base alle differenze di status socio-economico, forme di famiglia e percorso migratorio. Pertanto, nelle scelte procreative occorre riconoscere il peso esercitato da un intreccio fra forze sociali e desideri soggettivi, posizioni collettive e scelta personale. Diversamente dal discorso dominante, le donne incontrate nella ricerca sul campo mostrano continue dinamiche di negoziazione dei significati e dei comportamenti rispetto alla sessualità e alla riproduzione.

Le restrizioni all'accesso alle tecniche di riproduzione assistita rappresentano una violenza istituzionale verso i soggetti che si oppongono ad una condizione fisica e sociale non desiderata. Le violenze psicologiche e istituzionali vissute dalle donne di origine latinoamericana evidenziano rapporti di dominazione legati al genere che si intrecciano con le rappresentazioni culturali come fattori discriminanti.

L'incontro con le donne migranti latinoamericane infertili che accedono ai servizi di prevenzione e cura dell'infertilità ha permesso di sviluppare un'analisi critica a partire dall'intreccio fra disuguaglianze sociali, di genere e di salute. Tramite un approccio di genere è possibile notare la marginalizzazione del ruolo maschile nella medicina riproduttiva parallelamente all'enfasi posta sul corpo femminile (Lombardi, 2018; Gribaldo, 2005, 2018). L'osservazione di pratiche e discorsi scientifici insieme alle narrazioni femminili evidenziano come l'infertilità sia un'esperienza socialmente e culturalmente costruita, respingendo il riduzionismo biologico inscritto nell'idea di fertilità (D'Aloisio, 2007).

In un quadro di bassa natalità caratterizzato da processi di mutamento sociale inerenti alla famiglia, la parentela, le relazioni fra i sessi, mettere al centro la PMA significa porre attenzione ai significati attribuiti ai ruoli genitoriali, alla cura dei figli e al ruolo svolto dal sapere biomedico per comprendere in profondità le trasformazioni nei comportamenti riproduttivi. L'enfasi posta sulla la PMA come strumento potente basato sul trionfo della libertà, permette di occultare e mistificare le condizioni strutturali che impediscono o rendono complicato avere un figlio e diventare madre nel periodo in cui si è più fertile.

Bibliografia

Abbatecola, E. (2010). *Essere madri e padri a distanza*, Ambrosini, M., Abbatecola, E., (a cura di), *Famiglie in movimento. Separazioni, legami, ritrovamenti nelle famiglie migranti*, Il Melangolo, Genova, pp. 91-130.

Abu-Lughod, L. (1990). Can There Be A Feminist Ethnography?, *Women & Performance: a journal of feminist theory*, 5:1, 7-27, DOI: 10.1080/07407709008571138

- (2012). Escribir contra la cultura. *Andamios, 9*(19), 129-157. Retrieved from https://search.proquest.com/docview/1760096010?accountid=15964

Álvarez Plaza, C. (2015). Sexo sin reproducción y reproducción sin sexo. Sexualidad y salud reproductiva de los donantes de semen y óvulos. Sex Without Reproduction and Reproduction Without Sex. Sexuality and the Reproductive Health of Sperm and Egg Donors. *Revista de dialectologìa y Tradiciones Populares*, LXX, 2, 469-484, ISSN: 0034-7981, doi: 10.3989/rdtp.2015.02.008

Álvarez Plaza, C., Olavarría, M. E., Parisi, R., (2017). Repensando el feminismo: el debate de la gestación subrogada en México, España e Italia, *Dada Rivista di Antropologia post-globale,* semestrale n. 2.
Ambrosini M. (1999). *Utili invasori. L'inserimento dei migranti nel mercato del lavoro italiano*, ISMU, Milano: Franco Angeli

Ambrosini, M., Abbatecola, E. (2010). *Famiglie in movimento. Separazioni, legami, ritrovamenti nelle famiglie migranti* (a cura di), Genova: Il Melangolo.

Ambrosini, M., Boccagni, P. (2007). Il cuore in patria. Madri migranti e affetti lontani: le famiglie transnazionali in Trentino. *Infosociale*, n. 29, Trento, pp. 9-135.

Ambrosini, M., Naso, P., Paravati, C. (a cura di), (2018). *Il Dio dei migranti. Pluralismo, conflitto, integrazione*. Bologna: Il Mulino.

Ambrosini M., Bonizzoni P., Molli S. (2018). *Immigrati cristiani a Milano: esperienze di partecipazione, aggregazione, integrazione sociale.* Ambrosini, M., Naso, P., Paravati, C. (a cura di), (2018). *Il Dio dei migranti. Pluralismo, conflitto, integrazione*. Bologna: Il Mulino.

Ambrosini M., Queirolo L. (2005). *I latinos alla scoperta dell'Europa*. *Nuove migrazioni e spazi di cittadinanza* (a cura di). Milano: Franco Angeli.

Amselle, J-L. (1990). *Logiche meticce. Antropologia dell'identità in Africa e altrove.* Torino: Bollati Boringhieri.

Anderson B. (1994). *Comunità immaginate. Origini e fortuna dei nazionalismi.* Roma: Manifestolibri.

Appadurai, A. (2001). *Modernità in polvere*. Roma: Meltemi.

Araujo, K., Prieto, M. (a cura di), (2008). *Estudios sobre sexualidades en América Latina*. Quito: FLACSO.

Badinter, E. (1981). *L'amore in più. Storia dell'amore materno.* Milano: Longanesi.

- (2011). *Madri cattivissime? La madre perfetta non esiste*. Milano: Corbaccio.

Balandier, G., (1991), IL disordine. Elogio del movimento. Dedalo, Bari.

- 1977, Società e dissenso. Dedalo, Bari.

Baldassar, L. (2007). Transnational families and aged care: the mobility of care and the migrancy of ageing, *Journal of Ethnic and Migration Studies", vol. 33, n. 2 (March)*, pp. 275-297.

Baldassar, L. (2010). «Ce "sentiment de culpabilité" », *Recherches sociologiques et anthropologiques* [En ligne], 41-1, URL : http://journals.openedition.org/rsa/185 ; DOI : https://doi.org/10.4000/rsa.185

Baldassar, L., Boccagni, P., (2015) Emotions on the move: Mapping the emergent field of emotion and migration, Volume 16, 73-80. https://doi.org/10.1016/j.emospa.2015.06.009

Benedict, R. (1934). *Modelli di cultura*. Tr. it., Milano: Feltrinelli, 1960.

Beneduce, R., Roudinesco, E. (2005). *Antropologia della cura*, (a cura di). Torino: Bollati Boringhieri.

Beneduce, R. (2014). L'epopea dei figli rubati. Un legame esposto, un panopticon su miniatura *Minorigiustizia n. 4*, Adozioni e affidamenti di bambini di altre culture. Milano: Franco Angeli.

Boccagni P. (2009) *Tracce transnazionali. Vite in Italia e proiezioni verso casa tra i migranti ecuadoriani*, Milano: Franco Angeli.

- (2011). Una finestra aperta sulla migrazione? L'uso e le potenzialità dei racconti di vita in una ricerca tra i migranti ecuadoriani. *Studi culturali - anno VIII, n. 1*. https://doi.org/10.101678797.

Boccagni P., Lagomarsino, F., (2011a). Transnazionalismo e percorsi familiari: profili di genere e di generazione a confronto nell'immigrazione ecuadoriana, *Studi di Sociologia*, 4, 385- 404. https://doi.41112322/8556.

- (2011b). Migration and the Global Crisis: New Prospects for Return? The Case of Ecuadorians in Europe, *Bulletin on Latin American Research*, vol. 30. https://doi.org/10.1016/j.rbms.20111.

Bonfanti, S. (2012). Farsi madri. L'accompagnamento alla nascita in una prospettiva interculturale. *Quaderni di Donne & Ricerca 27*, ISSN: 1827-5982. https://doi.org/10.1016.

Bonizzoni, P. (2009). *Famiglie globali. le nuove frontiere della maternità.* UTET, Novara.

Bonnet, D. (2014). Adopter un enfant dans le contexte de la Procréation médicalement assistée en Afrique subsaharienne. *Cahiers d'études africaines*, 215. https://doi.org/10.1016777751.

Bonnet, D., Duchesne, V. (2014). Migrer pour procréer: histoires de couples africains. *L'Harmattan, Cahiers du Genre, 1, 56*, pages 41 à 58. https://doi.org/10.1017778.

Billari, F. C., Dalla Zuanna, G. (2008). *La rivoluzione nella culla. Il declino che non c'è*. Milano: Università Bocconi Editore.

Bjerén, G. (2012). Towards Documenting Demographic Change in Shashemene Town: Research Note on Datadrawn from 1973 and 2008. *Journal of Ethiopian Studies, Special Thematic Issue on Urban History*, 45, 135-152. https://doi.org/10.1016444.

Bourdieu, P. (1998). *Il dominio maschile*. Milano: Feltrinelli.

Bouznah, S., Lewertowski, C. (2013). *Quando gli spiriti incontrano i medici. Sette storie per guarire.* Paderno Dugnano: Edizioni Colibrì.

Bowie, F. (2007). Cultures of transnational adoption. *Anthropological Quarterly, 80*(2), 623-627. doi:http://dx.doi.org/10.1353/anq.2007.0018

Bryceson, D. y Vuorela, U. (2002). *The Transnational Family. New European Frontiers and Global Networks*, Berg. Press, Oxford –NewYork.

Busoni, M. (2000). *Genere, sesso, cultura. Uno sguardo antropologico.* Roma: Carocci.

Butler, J. (2005). *La vita psichica del potere. Teorie della soggettivazione e dell'assoggettamento.* Roma: Meltemi.

Canessa, A. (2000). Fear and Loathing on the Kharisiri Trail: Alterity and Identity in the Andes. *The Journal of the Royal Anthropological Institute, 6*(4), 705-720. Retrieved from www.jstor.org/stable/2661038.

Canguilhem G., (1966). *Il normale e il patologico*. Torino : Einaudi.

Carbado, D., Crenshaw, K., Mays, V., & Tomlinson, B. (2013). INTERSECTIONALITY: Mapping the Movements of a Theory. *Du Bois Review: Social Science Research on Race, 10*(2), 303-312. doi:10.1017/S1742058X13000349

Cattaneo, M. & Dal Verme, S. (2009). Conflits familiaux autour de la maternité dans la migration. *Dialogue*, 185(3), 79-89. doi:10.3917/dia.185.0079.

- (2004). Souffrance et créativité des femmes migrantes: A la recherche de nouvelles identités. *L'Autre*, volume 5(3), 387-400. doi:10.3917/lautr.015.0387.

Cerletti, L., Gessaghi, V. (2012). Clases sociales, trabajo de campo e desigualdad. Discusiones a partir del enfoque etnogràfico. *CONICET, FLACSO, Ano X, N. XIII.*

Chavez, L. R. (2004). A glass half empty: Latina reproduction and public discourse. *Human Organization, 63*(2), 173-188. doi:http://dx.doi.org/10.17730/humo.63.2.hmk4m0mfey10n51k

Chiaramonti, G. (1992). *Perù, Ecuador e Bolivia. Le repubbliche impervie 1860-1990.* Firenze: Giunti.

Clarke, M. (2008). New Kinship, Islam, and the Liberal Tradition: Sexual Morality and New Reproductive Technology in Lebanon. *The Journal of the Royal Anthropological Institute, 14*(1), 153-169. www.jstor.org/stable/20203589

Clifford, J. (1999), *I frutti puri impazziscono. Etnografia, letteratura e arte nel secolo XX*. Torino: Bollati Boringhieri.

Consigliere S. (2014). *Antropo-logiche. Mondi e modi dell'umano*. Milano: Colibrì.

Coppo P. (1994). *Guaritori di follia*., Torino: Bollati Boringhieri.
- (2003). *Tra psiche e culture. Elementi di etnopsichiatria*. Torino: Bollati Boringhieri.
- (2007). *Negoziare con il male. Stregoneria e controstregoneria dogon*, Torino: Bollati Boringhieri.
- (2005). *Le ragioni del dolore. Etnopsichiatria della depressione*, Torino: Bollati Boringhieri.
- (2010). Visioni del mondo, "invisibili" ed etnopsicoterapie. I Fogli di ORISS organizzazione interdisciplinare sviluppo e salute, numero 33/34, Colibrì.
- (2013). *Le ragioni degli altri*., Milano: Cortina.

Cortucci, C., Valsecchi, M. (2002). Cartella clinica orientata per problemi: strumento per superare possibili conflitti tra diritto alla salute e diritto alla riservatezza. *Riv Diritto Professioni Sanitarie, 5(3),* 191-7. https://doi.org/10.10177897.

D'Aloisio, F. (2007). *Non son tempi per fare figli. Orientamenti e comportamenti riproduttivi nella bassa fecondità italiana*. (a cura di). Milano: Edizioni Guerini e Associati Spa.

Davis-Floyd, R. (1998). Ritual in the hospital: Giving birth the american way. *The Birth Gazette, 14, 12-17.* Retrieved from https://search.proquest.com/docview/203159388?accountid=15964

- (1994). Culture and birth: The technocratic imperative. International Journal of *Childbirth Education, 9(2), 6-7.* Retrieved from https://search.proquest.com/docview/212871454?accountid=15964
- (1987). Obstetric Training as a Rite of Passage. *Medical Anthropology Quarterly, 1*(3), new series, 288-318. www.jstor.org/stable/649201

Davis Floyd, R., Davis, E. (2013). L'intuizione come sapere autorevole nella pratica ostetrica e nel parto a domicilio, *Antropologia, n. 12*, DOI 10.14672/ada201076%p

De Lauretis, T. (1995). Imaginario materno y sexualidad. *Debate Feminista, 11*, 283-301. www.jstor.org/stable/42625354

Decimo, F. (2018). Spazi di riproduzione: nascite, matrimoni e corsi di vita tra famiglie marocchine in Italia. *Polis (ISSN 1120-9488), Fascicolo 3*, (doi: 10.1424/91421).

- (2008). Immigrazione, riproduzione e identità: prospettive di ricerca sulla fecondità degli stranieri in Italia**,** *Polis (ISSN 1120-9488)***,** *Fascicolo 2*, doi: 10.1424/27492.
- (2005). *Quando emigrano le donne: percorsi e reti femminili della mobilità transnazionale*. Il Mulino.

Decimo, F., Gribaldo, A. (2017). *Boundaries within: natioon, kinship and identity among migrants and minorities*. IMSCOE Research Series, Springer, Cham- Heidelberg- New York- Dordrecht- London.

Duden, B. (2006). *I geni in testa e il feto nel grembo. Sguardo storico sul corpo delle donne*. Torino: Bollati Boringhieri.

- (2000). *I non nati. Sul tramonto della nascita nel dopoguerra.* Venezia: Marsilio Editori.
- (1994). *Il corpo della donna come luogo pubblico. Sull'abuso del concetto di vita*. Torino: Bollati Boringhieri.

Ehrenreich, B. e Hochschild, A.R. (2004). *Donne globali. Tate, colf e badanti*, (a cura di), trad. it. Milano: Feltrinelli.

Étienne, M. (1979). Maternité sociale, rapports d'adoption et pouvoir des femmes chez les Baoulé(Côte-d'Ivoire), *L'Homme*, 19 (3-4): 63-107. https://doi.0001231145.

Federici, S. (2015). *Calibano e la strega. Le donne, il corpo e l'accumulazione originaria*. Milano: Mimesis.

Flamigni, C. (1998). *Il libro della procreazione. La maternità come scelta: fisiologia, contraccezione, fecondazione assistita*. Milano: Mondadori.

Foner, N. (1975). Women, Work, and Migration: Jamaicans in London. *Urban Anthropology, 4*(3), 229-249. www.jstor.org/stable/40552689

Fonseca, C. (2006). Transnational influences in the social production of adoptable children: The case of brazil. *The International Journal of Sociology and Social Policy, 26*(3), 154-171. doi:http://dx.doi.org/10.1108/01443330610657205

Forni, S., Pennaccini, C., Pussetti, C. (2006). *Antropologia, genere, riproduzione. La costruzione culturale della femminilità.* Roma: Carocci.

Foucault, M. (1997). *Storia della sessualità. La volontà di sapere*. Milano: Feltrinelli. (1967). *La volonté de savoir*. Paris: Gallimard.

- (1976). *Sorvegliare e punire. La nascita della prigione*. Torino: Einaudi Editore. (1975). *Surveiller et punir. Naissance de la prison*. Paris: Gallimard.

Franklin, S. (2013a). Conception through a looking glass: the paradox of IVF. *Reproductive BioMedicine Online*, 27, 747– 755. https://doi.org/10.10778999.

- (2013b). *Biological relatives: IVF, stem cells, and the future of kinship*. Duke University Press, Durham.
- (1995). Science as Culture, Cultures of Science. *Annual Review of Anthropology*, 24, 163-184. https://doi.org/10.1016.

Franklin, S., Inhorn, M. C., (2016). Symposium: IVF global histories Introduction. *Reproductive BioMedicine and Society Online 2*, 1–7. https://doi.org777871.

Franklin, S., McKinnon, S. (2000). New Directions in Kinship Study: A Core Concept Revisited. *Current Anthropology*, 41, 2, 275-279. https://doi.7778.

Geertz, C. (1987). *Interpretazione di culture.* Bologna: Il Mulino (ed. or. 1973).

Giddens, A., (1995). *La trasformazione dell'intimità. Sessualità, amore ed erotismo nelle società moderne*. Bologna: Il Mulino.

Gil Araujo, S. e Pedone, C., (2014). "Introducción. Familias migrantes y Estados: vínculos entre Europa y América Latina", *Papeles del CEIC, (Centro de Estudios sobre la Identidad Colectiva), 2*, Universidad del País Vasco. https://doi.org/17777.

Ginsburg, F., Rapp, R. (eds.). (1995). *Conceiving the New World Order: The Global Politics of Reproduction.* Berkeley: University of California Press.

- (1991). The Politics of Reproduction, *Annual Review of Anthropology*, 20, 311-343. https://doi.org/10.1077.

Gissi, A. (2006). Voci che corrono. Levatrici, procurato aborto e confino di polizia nell'Italia fascista. *Quaderni storici* (ISSN 0301-6307), 1, doi: 10.1408/21984

Giuffrè, M. (2018). *Essere madri oggi tra biologia e cultura. Etnografie della maternità nell'Italia contemporanea*, (a cura di). Pisa: Pacini.

Good, B.J., (1994). *Narrare la malattia. Lo sguardo antropologico sul rapporto medico-paziente.* Torino: Edizioni di Comunità, 1999.

Gordon, A. F., (2008). *Ghostly Matters. Haunting and the Sociological Imagination*. University Of Minnesota Press.

Greenhalgh, S. (2003). Planned Births, Unplanned Persons: "Population" in the Making of Chinese Modernity. *American Ethnologist*, 30, 2, 196-215. https://doi.org/10.1016/j.rbms.27778.

- (1996). The Social Construction of Population Science: An Intellectual, Institutional, and Political History of Twentieth-Century Demography. *Comparative Studies in Society and History*, 38, 1, 26-66, Cambridge University Press. https://doi.or.11178656.
- (1995a). Review: The Power in/of Population. *Current Anthropology*, 36, 5, 875-878. https://doi.org/10.1016/j.rbms.2017777.
- (1995b). *Situating fertility. Antropology and demographic inquiry.* Cambridge: Cambridge University Press.
- (1990). Toward a Political Economy of Fertility: Anthropological Contributions. *Population and Development Review*, 16, 1, 85-106. https://doi.org/10.1016/j.rbms.20144.
- (1988). Fertility As Mobility: Sinic Transitions. *Population and Development Review*, 14, 4, 629-674. https://doi.4577789.

Gribaldo, A., Judd, M. J., Kertzer, D. I. (2009). An imperfect contraceptive society: fertility and contraception in Italy. *Population and development review*, 35, 3, 551-584. https://doi.org/10.1016/j.rbms.201444.

Gribaldo, A. (2005a). *La natura scomposta. Riproduzione assistita, genere, parentela*. Roma: Luca Sossella Editore.

- (2005b). Dentro la riproduzione. Corpo e genere nella procreazione assistita. *Studi culturali* (ISSN 1824-369X), 1, doi: 10.1405/19703 2005

Grilli, S., Zanotelli, F. (2010). *Scelte di famiglia Tendenze della parentela nella società contemporanea* (a cura di), Pisa: Edizioni ETS.

Han, Byung-Chul. (2012). *Eros in agonia*. Milano: Nottetempo.

Hernandez Corrochano, E., (2016). La maternidad después de… Estudio etnográfico de la maternidad primípara «tardía» en España. *Antropologos Iberoamericanos en red, 11(01*):79-103.

Herrera, G., & Sørensen, N. N. (2017). Migraciones internacionales en américa latina: Miradas críticas a la producción de un campo de conocimientos: Presentación del dossier. *Iconos*, *21*(2), 11-36. doi:http: //dx.doi.org/10.17141/iconos.58.2017.2695

Herrera, G., (a cura di), (2015). Il ritorno: miti e realtà di una nuova fase migratoria, *Mondi Migranti, n.3* 2015, Milano: Franco Angeli

- (2012a). Starting Over Again? Crisis, Gender, and Social Reproduction among Ecuadorian Migrants in Spain. *Feminist Economics*, *18*(2), 125–148. https://doi.org/10.1080/13545701.2012.688997
- (2012b). Género y migración internacional en la experiencia latinoamericana. de la visibilización del campo a una presencia selectiva/Gender and international migration in latin-american experience. from visibilization of the area to the selective presence. *Política y Sociedad*, *49*(1), 35 46,208.https://search.proquest.com/docview/1444025375?accountid=15964
- (a cura di) (2008). *Ecuador: la migracion internacional en crifras,* Quito: FLACSO.
- (2005). *Dall'altra parte della riva: percezioni e pratiche fra i figli dei migranti rimasti in Ecuador*, in Queirolo Palmas, Torre (a cura di). *Il fantasma delle bande. Genova e i latinos*. Genova: Fratelli Frilli.

- (2003). La migración vista desde el lugar de origen. Comentarios al dossier “los claroscuros de la migración”, *ÍCONOS 15 Revista de FLACSO-Ecuador*.

Herrera G., Ramirez J. (a cura di), (2008). *America Latina migrante: Estado, familia, identitades*. Quito: FLACSO,

Herrera, G., Prieto, M. (2007). Género y nación en América Latina. *Iconos. Revista de Ciencias Sociales*, 28, Quito, 31-34, Facultad Latino-americana de Ciencias Sociales-Sede Académica de Ecuador.

Herrera G., Martinez, A. (2002). *Gènero y migraciòn en la regiòn sur*, Quito, FLACSO.

Hidalgo F., (a cura di), (2004). *Migraciones. Un juego con cartas marcadas*., Quito: Abya-Yala.

Hirschman C. (2004). The role of religion in the origin and adaptation of immigrant groups in the United States. *International Migration Review* 38 (3): 1206-1233. https://doi.111000231.

Hochschild, A. R. (2004). *Amore e oro*, Ehrenreich, B., Hochschild, A. R. (2004). *Donne Globali. Tate, colf e badanti*, Feltrinelli, Milano, pp. 21-36.

hooks, bell (1998). *Elogio del margine. Razza, sesso e mercato culturale.* Milano: Feltrinelli.

hooks, bell, McKinnon, T. (1996). Sisterhood: Beyond Public and Private. *Signs, 21*(4), 814-829. Retrieved April 3, 2020, from www.jstor.org/stable/3175025

Hondagneu-Sotelo, P., Avila. (1997). “I’m Here but I’m There. The Meanings of Latina Transantional Motherhood”, en *Gender and Society*, 11, 5 (1997). Pàg. 548-571.

Ibarra, H. (2019). Una aguda revisión de la historiografía conservadora ecuatoriana. *Procesos*, (49), 194-196. https://doi.org/10.1016/j.rbms.44445856.

Imaz, E. (2018). Cuando tres no son multitud. Progenitores, procreadores y proveedores en la conformación de las nuevas técnicas reproductivas. *Papeles del CEIC. International Journal on Collective Identity Research*, *vol. 2018/2*, presentación, CEIC (Centro de Estudios sobre la Identidad Colectiva), UPV/EHU Press.

Inhorn, M. C., Birenbaum-Carmeli, D. (2017). Medical egg freezing and cancer patients’ hopes: Fertility preservation at the intersection of life and death. *Social Science & Medicine*, 195, 25–33. https://doi.org/10.104444-l45.

- (2008). Assisted Reproductive Technologies and Culture Change. *Annual Review of Anthropology*, 37, 177-196. https://doi.or.7774589000.

Inhorn, M. C., Patrizi, P. (2015). Infertility around the globe: new thinking on gender, reproductive technologies and global movements in the 21st century, *Human Reproduction Update*, 21-4, 411–426, doi: 10.1093/humupd/dmv016

Jociles-Rubio, M. I., Rivas-Rivas, A. M., Poveda-Bicknell, D. (2014). Monoparentalidad por elección y revelación de los orígenes a los hijos nacidos por donación de gametos. El caso de España. *Convergencia. Revista de Ciencias Sociales*, 21. ISSN 1405-1435

Jordan, B. (1984). *La nascita in quattro culture*. Milano: emme Edizioni.

Kertzer, D. I., White, M. J., Bernardi, L., Gabrielli, G. (2009). Italy's path to very low fertility: the adequacy of economic and second demographic transition theories. Le cheminement de l'Italie vers les tres basses fecondites: adequation des theories economique et de seconde transition demographique, *Eur J Population*, 25:89–115, doi 10.1007/s10680-008-9159-5

Kertzer, D. I. (1995). *Political economy and cultural explanation of demographic behavior*, in Greenhalgh S. (1995), 29-52.

- (1987). Childhood and Industrialization in Italy. *Anthropological Quarterly*, 1, 60, 152-165. https://doi.777123135500.

Kofman, E. (2014). Gendered migrations, social reproduction and the household in Europe. *Dialect Anthropology*, 38, 79–94, doi 10.1007/s10624-014-9330-9.

- (2012). Rethinking care through social reproduction: articulating circuts of migration, *Social Politics: international studies in gender, state and society, vol. 19, n.1*, pag. 142-162. https://doi.123790089411.

Kofman, E., Raghuram, P. (2006). Gender and Global Labour Migrations: Incorporating Skilled Workers. *Editorial Board of Antipode. Published by Blackwell Publishing, Malden, USA*

Krause, E. L., Marchesi, M. (2007). Fertility Politics as "Social Viagra": Reproducing Boundaries, Social Cohesion, andModernity in Italy. *American Anthropologist*, 109-2, 350-362. https://doi.123116.09.003.

Krause, E. L. (2001). "Empty Cradles" and the Quiet Revolution: Demographic Discourse and Cultural Struggles of Gender, Race, and Class in Italy. *Cultural Anthropology*, 16-4, 576-611. https://doi.org/10.145645787912.

Krebbekx, W., Spronk, R. & M'charek, A. (2017). Ethnicizing sexuality: an analysis of research practices in the Netherlands, *Ethnic and Racial Studies*, 40:4, 636-655, doi: 10.1080/01419870.2016.1181771

Lagomarsino, F., Castellani, S. (2016): The unseen protagonists. Ecuadorians' daughters between Ecuador and Southern Europe, *Social Identities*, doi: 10.1080/13504630.2015.112881.

Lagomarsino, F., Pagnotta, C. (2012). *Sull'alterità dei giovani latinoamericani. Sessualità adolescente a Genova*, M. Ambrosini, M., Torre, A. T., *Settimo rapporto sull'immigrazione a Genova* (a cura di), Il Melangolo. Genova, pp.119-152.

Lagomarsino, F., Torre, A. T. (2007). *El éxodo ecuatoriano a Europa: jóvenes y familias migrantes : entre discriminación y nuevos espacios de ciudadanía.* Abya Yala: Quito.

Lagomarsino, F. (2014). "Familias en movimiento: más allá de los estereotipos de la maternidad transnacional", *Papeles del CEIC*, 2, 108, CEIC (Centro de Estudios sobre la Identidad Colectiva), Universidad del País Vasco.

- (2010). *Costruzione e ricostruzione delle relazioni familiari: problematizzando il rapporto famiglia e migrazione*. Ambrosini, M., Abbatecola, E. (2010), Famiglie in movimento. Separazioni, legami, ritrovamenti nelle famiglie migranti (a cura di). Il Melangolo, Genova, pp. 163-194.
- (2006). *Esodi e approdi di genere. Famiglie transnazionali e nuove migrazioni dall'Ecuador*. Franco Angeli, Ismu.

Latour B., (2000). *Fatture/fratture: dalla nozione di rete a quella di attaccamento*. «I Fogli di ORISS», n. 25 (2006), pp. 11-32.

Le Breton, D. (2007). *Il sapore del mondo. Un'antropologia dei sensi*. Milano: Raffaello Cortina Editore. (2006). *Le saveur du Monde. Une antropologie des sens.* Paris: Editions Mètailiè.

- (1990). *Antropologia del corpo e modernità. (1988). Antropologie du corps et modernitè*. Paris: PUF.

Levine, N. (2008). Alternative Kinship, Marriage, and Reproduction. *Annual Review of Anthropology, 37*, 375-389. www.jstor.org/stable/20622631

Lévi-Strauss, C. (2015). *Antropologia strutturale*. Milano: Il Saggiatore.

Levitt P. (2003). "You know, Abraham was really the first immigrant": religion and transnational migration. *International Migration Review* 37 (3): 847-873.

Lombardi, L. (2018) The medicalisation of infertility: men's discourse between marginalisation and reproduction. *Salute e Società, XVII, 2*. Franco Angeli. DOI: 10.3280/SES2018-002005

Libreria delle donne di Milano, (1987). *Non credere di avere dei diritti. La generazione della libertà femminile nell'idea e nelle vicende di un gruppo di donne*. Torino: Rosenberg e Sellier.

Livi-Bacci, M. (2001). Too Few Children and Too Much Family, *Daedalus,* 2, 139-155. https://doi.org/10.10456455.

Mohanty, C. (2003). "Under Western Eyes" Revisited: Feminist Solidarity through Anticapitalist Struggles. *Signs, 28*(2), 499-535. doi:10.1086/342914

Marchesi, M. (2012). "Reproducing Italians: contested biopolitics in the age of 'replacement anxiety'", *Anthropology and Medicine, 19 (2).*

Marchetti, S., Cherubini, D. (2019). «Domestic work is work»: but for whom? Tensions around labour rights and the valorisation of care in Ecuador and Colombia, in *"Rassegna Italiana di Sociologia, Rivista trimestrale fondata da Camillo Pellizzi" 4, pp. 721-747,* doi: 10.1423/96113

Martin, E. (1991). "The egg and the sperm: how science has constructed a romance based on stereotypical male-females roles". *Journal of Women in Culture and Society*, 16, 3, 485-501.
Mascarenhas MN, Flaxman SR, Boerma T, Vanderpoel S, Stevens GA (2012) National, Regional, and Global Trends in Infertility Prevalence Since 1990: A Systematic Analysis of 277 Health Surveys. PLoS Med 9(12): e1001356. doi:10.1371/journal.pmed.1001356

Mattalucci, C. (2012) (a cura di), *Etnografie di genere. Immaginari, relazioni e mutamenti sociali*. Pavia: Altrarivista.

Mattalucci, C. (2017a) (a cura di), *Antropologia e riproduzione. Attese, fratture e ricomposizioni della procreazione e della genitorialità in Italia.* Milano: Raffaello Cortina Editore.

- (2017b), *Riprodursi: corpi, relazioni e vincoli istituzionali*. In C. Mattalucci, *Antropologia e riproduzione. Attese, fratture e ricomposizioni della procreazione e della genitorialità in Italia.* Milano: Raffaello Cortina Editore.

Mead, M. (1930). *L'adolescenza in Samoa*. Firenze: Giunti Editore, 2007.
- (1935). *Sesso e temperamento in tre società primitive*. Tr. it. Milano: Garzanti, 1979.
- (1949). *Maschio e femmina*. Tr. it. Milano: Il Saggiatore, 1972.

Merla, L., Baldassar, L. (2016) Concluding reflections: 'Care circulation' in an increasingly mobile world: Further thoughts. *Papers. Revista de Sociologia, [S.l.], v. 101, n. 2*, p. 275-284.
- (2010). « Présentation », *Recherches sociologiques et anthropologiques*, 41-1, http://journals.openedition.org/rsa/182

Miall, C. (1986). The Stigma of Involuntary Childlessness. *Social Problems, 33*(4), 268-282. doi: 10.2307/800719

Mohr, S., Kochb, L. (2016). "Transforming social contracts: the social and cultural history of IVF in Denmark", *Reproductive BioMedicine and Society Online 2*, 88–96. https://doi.org/10.1016/j.rbms.145646465446.

Moore, H. (2012). Anthropology and gender studies. In R. FardonO. Harris & T. H. Marchand *The SAGE handbook of social anthropology* (Vol. 2, pp. 212-226). London: SAGE Publications Ltd doi: 10.4135/9781446201077.n16.

Morgan, L. M., Roberts, E. (2012) Reproductive governance in Latin America, *Anthropology &* Medicine, 19:2, 241-254. https://doi.org/10.10161231278.

Morokvasic, M. (1991). Fortress Europe and Migrant Women. *Feminist Review,* (39), 69-84. doi:10.2307/1395440

Moya, J., Román, R., & Voekel, P. (2010). *Popular Religion in Latin American Historiography*. The Oxford Handbook of Latin American History: Oxford University Press.

Nathan T. & Stengers I., (1995). *Medici e stregoni*. Bollati Boringhieri, Torino 1996.

Nygren, Karl G. et al. **(**2011) International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technology (ICMART) World report: *Assisted Reproductive Technology 2003, Fertility and Sterility*, Volume 95, Issue 7, 2209 - 2222.e17.

Ong, A., Collier, SJ, eds. (2005). *Global Assemblages: Technology, Politics, and Ethics as Anthropological Problems*. Oxford: Blackwell

Oppo, A., Piccone Stella, S., Signorelli, A. (a cura di) (2000). *Maternità, identità, scelte: percorsi dell'emancipazione femminile nel Mezzogiorno.* Napoli: Liguori.

Ortner, S. B., Whitehead, H. (2000). *Sesso e genere. L'identità maschile e femminile.* Palermo: Sellerio Editore. (1981). *Sexual Meanings. The cultural Construction of gender and sexuality*, Cambridge University Press.

Pagnotta, C. (2010). *Attraversando lo stagno*. Roma: CISU.

Parreñas, R. (2000). Migrant Filippina domestic workers and the international division of reproductive labor. *Gender e Society, 14-4.*

Pasini, E., & Ravizza, P. F. (2004). La cartella clinica come documento del sistema qualità: un esempio pratico. *Ital Hearth J Suppl*, *5*, 112-8. https://doi.org/10.1231321456.

Paxson, H. (2003). With or against nature? IVF, gender and reproductive agency in Athens, Greece, *Social Science & Medicine, 56*, 1853–1866.

Pedone, C. (2014), Rupturas y continuidades de los roles de género en contextos migratorios transnacionales. Relatos sobre sexualidad y salud reproductiva de los hijos e hijas de la inmigración ecuatoriana en Cataluña, *Papeles del CEIC*, 2, 111, CEIC (Centro de Estudios sobre la Identidad Colectiva), Universidaddel País Vasco. https://doi.org/456542016.09.003.

- (2008). "Varones aventureros" vs. "madres que abandonan": reconstrucción de las relaciones familiares a partir de la migración ecuatoriana. *REMHU - Revista Interdisciplinar da Mobilidade Humana, vol. 16, num. 30.* https://doi.1012016.0944.
- (2002), Las representaciones sociales en torno a la inmigración ecuatoriana a España. *ICONOS, Revista de FLACSO*-Ecuador.

Pessar, P. R., & Mahler, S. J. (2003). Transnational migration: Bringing gender in: IMR IMR. *The International Migration Review, 37*(3), 812-846. doi:http://dx.doi.org/10.1111/j.1747-7379.2003.tb00159.x

Pinelli, B. (2019). *Migranti e Rifugiate. Antropologia, genere e politica.* Milano: Raffaello Cortina

- (2011). *Donne come le altre. Soggettività, reti di relazioni e vita quotidiana nelle migrazioni delle donne verso l'Italia*. Firenze-Catania: editpress.

Pignarre P., Stengers I., (2005). *Stregoneria capitalista*. Milano: IPOC.

Poveda, D., Jociles, M. I., Rivas, A. M. (2011). Monoparentalidad por elección: procesos de socialización de los hijos/as en un modelo familiar no convencional, *Athenea Digital*, 11 (2):133-154.

Pribilsky J. (2003). "Aprendemos a convivir": conjugal relations, co-parenting and family life among Ecuadorian transnational migrants in New York city and the Ecuadorean Andes, *"Global Networks", vol. 4, n. 3*, pp. 313-334.

Ramirez, J., (2008). Poblacion andina en movimento: destinos migratorio, inserciòn laboral y remesas. *Bòletin Andina-Migrante, n. 1*, pag 71-104. https://doi.org/10.1016/j.rbms.2016.

Ranisio, G., (2012), *Culture della nascita. Orizzonti della maternità tra saperi e servizi.* a cura di, Napoli: Libreria Dante e Descartes.

Rapp, R., Schiavenato, S. (2018). Enduring innovation in reproduction. *BioSocieties 13*, 536–555. https://doi.org/10.1057/s41292-017-0084-x

Rapp, R. (2013). Commentary: thinking through public health genomics. *Medical anthropology quarterly*, 27, 4, 573–576, ISSN 0745-5194, doi: 10.1111/maq.12062

- (2011). Reproductive Entanglements: Body, State and Culture in the dis/regulation of child-bearing. *Social Research: An International Quarterly*, 78, 3, 693-718. https://doi.org/11.0023/j.rb.2016.09.003.
- (2001) Gender, Body, Biomedicine: How Some Feminist Concerns Dragged Reproduction to the Center of Social Theory. *Medical Anthropology Quarterly 15, 4, 466-477, American Anthropological Association*. https://doi.org/10.89632016.
- (1999). *Testing women, testing the fetus: The social impact of Amniocentesis in America*. New York: Routledge.
- (1998). Refusing prenatal diagnosis the meanings of bioscience in a multicultural world. *Science, technology and human values, Vol. 23, N. 1*, Special issue: Antropological approaches in science and technology studies, pp. 45-70.
- (1975) (a cura di), *Toward an antropology of women*. New York-London: Monthly Review Press.

Ratzinger, J. (1987). *Il rispetto della vita umana nascente e la dignità della procreazione*. Congregazione per la Dottrina della Fede, Sede della Congregazione per la Dottrina della Fede, il 22 febbraio 1987, Festa della Cattedra di S. Pietro Apostolo. Roma

Ravizza, P., Pasini, E. (2001). Informatizzazione della cartella clinica aspetti medico legali, privacy, sicurezza e validità legale. *Ital Heart, 2*, 268-286. https://doi.org/10.2016.09.003.

Remotti, F. (2010). *L'ossessione identitaria.* Roma-Bari: Laterza.
- (2000). *Prima lezione di antropologia*. Roma-Bari: Laterza.

Ribeiro Corossacz, V., Gribaldo, A. (2010). *La produzione del genere. Ricerche etnografiche sul maschile e femminile.* Verona: Ombre Corte.

Ribeiro Corossacz, V. (2004). *Il corpo della nazione. Classificazione razziale e gestione sociale della riproduzione*. Roma: Cisu.
- (2005). *Razzismo, meticciato, democrazia razziale. Le politiche della razza in Brasile.* Soveria Mannelli: Rubettino.
- (2013). L'intersezione di razzismo e sessismo. Strumenti teorici per un'analisi della violenza maschile contro le donne nel discorso pubblico sulle migrazioni. *Antropologia*, 15/3.

Rich, A. (1979). *Nato di donna. Cosa significa per gli uomini essere nati da un corpo di donna.* Milano: Garzanti.

Roberts, E. (2016a). Gods, Germs, and Petri Dishes: Toward a Nonsecular Medical Anthropology. *Medical Anthropology, 35(3),* 209-219. doi: 52.7017/S088841751520364
- (2016b). Resources and race: assisted reproduction in Ecuador. *Reproductive BioMedicine and Society Online*, 2, 47–53. https://doi.org/10.57894.14.003.
- (2013). Assisted existence: An ethnography of being In Ecuador. *Journal of the Royal Anthropological Institute, 19(3),* 562-580. doi: 10.1052/S10104193630053
- (2012). *God's Laboratory: Assisted Reproduction in the Andes*. Berkeley: University of California Press, doi: 10.1017/S0010417513000364
- (2011). Abandonment and Accumulation: Embryonic Futures in the United States and Ecuador. *Medical Anthropology Quarterly, 25(2),* 232-253. https://doi.org/77.5432/j.rbms.4561.09.003.
- (2005). El embrión extra: ética de vida, ética de parentesco y cryopreservación en las clínicas ecuatorianas de fertilización in-vitro. *Iconos. Revista de Ciencias Sociales*, 22, Quito, 75-82.

Rubin, G. (1975). *The traffic in women: notes on the political economy of sex*. In Rapp (a cura di), *Toward an antropology of women*. New York-London: Monthly Review Press.

Saraceno, C., Naldini, M. (2013). *Manuale di sociologia della famiglia.* Bologna: Il Mulino.

Sassen, S., (2016). Incompletud y la posibilidad de hacer ¿Hacia una ciudadanía desnacionalizada? Incompleteness and the Possibility of Making Towards Denationalized Citizenship? *Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales.* Universidad Nacional Autónoma de México Nueva Época, Año LXI, núm. 226, pp. 107-140.

- (2010). *Le città nell'economia globale.* Bologna: Il Mulino.
- (2000). Women's burden: Counter-geographies of globalization and the feminization of survival.*Journal of International Affairs*; 53, 2. https://doi.org/10.5241/j.rbms.9651.09.774.

Sayad, A. (2002). *La Doppia Assenza.* Milano: Raffaello Cortina Editore.

Schaffhauser, P. (2011). La religiosité des sans papiers mexicains de Deer Canyon, États-Unis », *Amérique Latine Histoire et Mémoire. Les Cahiers ALHIM* [En línea], 20: http://journals.openedition.org/alhim/3609

Schneider, J., Schneider, P. (1995). *High fertility and poverty in Sicily: beyond the culture vs. rationality debate,* in Greenhalgh S., a cura di, (1995), 179-201.

Scrinzi F. (2016). *Latin American migration, Evangelical Christianity and gender in Italy*. European University Institute Working papers, 41.

Signorelli, A. (2006). *Migrazioni e incontri etnografici*. Palermo: Sellerio.

Sørensen, N. N. (2008). *La familia transnacional de latinoamericanos/as en Europa*, Herrera, G., Ramírez, J. *America latina migrante: estado, familia, identidades* (a cura di), Flacso, Quito.

Sorrel, L., Moraga, C., Smith, B., Morris, D., & Anzaldúa, G. (1982). Interview: This bridge moves feminists. *Off Our Backs, 12*(4), 4-11. www.jstor.org/stable/25774372

Stolcke, V. (1995). Talking Culture: New Boundaries, New Rhetorics of Exclusion in Europe. *Current Anthropology, 36*(1), 1-24. www.jstor.org/stable/2744220

- (2018). Las nuevas tecnologías reproductivas, la vieja paternidad. *Papeles del CEIC vol.2*. http://dx.doi.org/10.1387/pceic.20116

Tabet, P. (2004). *La grande beffa. Sessualità delle donne e scambio sessuo-economico*. Soveria Mannelli: Rubettino.

Thompson, C. (2017) Practice Makes Parents: Commentary on the Special Issue on "Making Parents: reproductive tecnologies and parenting culture across borders. *Sociological Research Online, vol. 22, 2:* pp. 1-3. https://doi.org/25.1016/j.rbms.5210.09.252

- (2016). IVF global histories, USA: between Rock and a marketplace, *Reproductive Biomedicine & Society Online, Volume 2,* Pages 128-135, ISSN 2405-6618, https://doi.org/10.1016/j.rbms.2016.09.003.
- (2015). Move beyond differences. *Nature, 522*(7557), 415. Retrieved from https://search.proquest.com/docview/1691579189?accountid=15964
- (2006). God is in the details: comparative perspectives on the intertwining of religion and assisted reproductive technologie. *Culture, Medicine, December, Volume 30, Issue 4*, pp 557–561. https://doi.org/33.452.

Tognetti Bordogna, M. (2013). Nuove disuguaglianze di salute: il caso degli immigrati. *Rivista cambio. III, 5.* https://doi.org/8889564/888.

Torrealba Orellana, R. (1989). Migratory movements and their effects on family structure: The Latin American case, *"International Migration", n. 2.*

Tiqqun, (2001). *Ecografia di una potenzialità.* Parigi.

The Boston Women's health book collective, (1974). *Noi e il nostro corpo. Scritto dalle donne per le donne.* Milano: Feltrinelli. Edizione originale (1971). *Our bodies, Ourselves.* New York: Simon and Schuster.

Turner, D., Nachtigall, R. D. (2010). The Experience of Infertility by Low-Income Immigrant Latino Couples: Attitudes Toward Adoption, *Adoption Quarterly, 13:1, 18-33. https456789444/88.*

Vertovec, S. (2004a) Migrant transnationalism and modes of transformation, *"Internatio-nal migration review", vol. 38, n. 3*, pp. 970-1001

- (2004b) Cheap calls: The social glue of migrant transnationalism, "*Global Networks", a.4, n. 2,* pp. 219–224.

Visweswaran, K. (1997). Histories of Feminist Ethnography. *Annual Review of Anthropology, 26,* 591-621, from www.jstor.org/stable/2952536

VVAA. (2013). Diversidad familiar: apuntes desde la antropología social. *Revista de Treball Social.* Col·legi Oficial de Treball Social de Catalunya, nº 198, páginas 30-40. ISSN 0212-7210.

Wagner, H. (2008). *Maternidad transnacional: discursos, estereotipos, prácticas*. Herrera, G., Ramírez, J. (Eds.), *América latina migrante: estado, familia, identidades*, Flacso Ecuador, Quito.

Warner, R.S. (2000). Religion and New (Post-1965) Immigrants: Some Principles Drawn from Field Research. *American Studies 41(2/3):* 267-286

Weismantel, M. (1995). Making Kin: Kinship Theory and Zumbagua Adoptions. *American Ethnologist, 22*(4), 685-704. Retrieved from www.jstor.org/stable/646380

Zanatta, A. L. (2011). *Nuove madri e nuovi padri*. Bologna: Il Mulino.