

Chi vuole un figlio non insiste?

La riproduzione medicalmente assistita in Italia: voci da una ricerca

Who wants a son doesn't insist?

Medically assisted reproduction in Italy: voices from a research

**Chiara Cretella**

Dottoranda di Ricerca | Università di Bologna | chiara.cretella@gmail.com



DOUBLE BLIND PEER REVIEW

ABSTRACT

The article intends to investigate the delicate topic of Medically Assisted Procreation (MAP), with a focus on female infertility and the social stigma it entails in the Italian context, in order to understand how different axes of observation intersect: the theme of work, as the precarious condition of the latest generations of women has not allowed adequate family planning; the economic aspect; the age factor; the frustration of often invasive and inconclusive medical procedures with the relative psychological impact (depression, emotional distancing from the partner, social stigma); health risks (possible development of tumors and possible correlation with the therapies adopted); ethnic differences (few migrant couples turn to PMA centers for cultural and economic reasons) and geographical differences (the centers are mainly in Northern Italy, which will generate “internal migrations”). PMA remains a taboo topic that is hardly talked about in Italy due to the stigma associated with it. The article, through unpublished interviews with mothers who have had children and through PMA, wants to give voice to this desire, with a look at the subsequent problems: those of a parenthood felt as “special”, because it is often pursued at the cost of a long path of female medicalization.

KEYWORDS

**Infertilità, procreazione assistita, maternità, medicalizzazione, genere.  
Infertility, medically assisted procreation, maternity, medicalization, gender.**

L'articolo intende indagare il delicato tema della Procreazione Medicalmente Assistita (PMA), con uno sguardo focalizzato sull'infertilità femminile e sullo stigma sociale che comporta nel contesto italiano, per comprendere come in essa si incrocino diversi assi di osservazione: il tema del lavoro, in quanto la condizione precaria delle ultime generazioni di donne non ha permesso una adeguata pianificazione familiare; l'aspetto economico; il fattore dell'età; la frustrazione dei percorsi medici spesso invasivi e inconcludenti con il relativo impatto *psicologico* (depressione, distanziamento emozionale dal partner, stigma sociale); i rischi per la salute (eventuale sviluppo di patologie correlate al protrarsi delle terapie); le differenze *etiche* (poche coppie migranti si rivolgono ai centri PMA per ragioni culturali e economiche) e *geografiche* (i centri sono soprattutto al Nord Italia, il che genererà “migrazioni interne”). La PMA rimane un argomento tabù di cui in Italia si parla pochissimo per via dello stigma che ad essa si associa. L'articolo, attraverso interviste inedite a madri che hanno avuto figli/e attraverso la PMA vuole dare voce a questo desiderio, con uno sguardo alle problematiche successive: quelle di una genitorialità sentita come “speciale”, perché perseguita spesso a costo di un lungo percorso di medicalizzazione femminile.

**Citation:** Cretella C. (2023). Who wants a son doesn't insist? Medically assisted reproduction in Italy: voices from a research. *Women & Education*, 1(2), 81-87.

**Corresponding author:** Chiara Cretella | chiara.cretella@gmail.com

**Copyright:** © 2023 Author(s).

**License:** Attribution 4.0 International (CC BY 4.0).

**Conflicts of interest:** The Author(s) declare(s) no conflicts of interest.

**DOI:** [https://doi.org/10.7346/-we-1-02-23\\_15](https://doi.org/10.7346/-we-1-02-23_15)

**Pensa MultiMedia:** ISSN 2975-0105 (online)

## 1. Introduzione

Gli studi sulla PMA in Italia sono stati abbondanti nell'area medica e giurisprudenziale, meno in quella socio-antropologica. Un settore preciso di indagine è quella della bioetica, che ha indagato la PMA mettendola in correlazione con l'autodeterminazione femminile, con i limiti del biologico e i diritti del nascituro/a, per esempio riguardo la ricerca delle origini genetiche nel caso delle donazioni di gameti. L'ambito bioetico, approfondito anche in prospettiva femminista (Barcaro, 2005)<sup>1</sup>, ha rivelato molti snodi di riflessione che si incrociano nella PMA: i condizionamenti culturali relativi alla concezione del femminile come incompleto se non atto alla riproduzione, l'accanimento terapeutico che alcuni vissuti di infertilità portano con sé con conseguente rischio per la salute (nel privato non c'è un limite di cicli da provare), la dimensione economica, la provenienza geografica, il livello di istruzione e come queste varianti incidano sulle scelte riproduttive, laddove vi siano problemi che la impediscano naturalmente.

Il tema è vasto e porta con sé molteplici sottofattori, come il precariato, la maternità oblativa, la dimensione vittimizzante che emerge nella scelta di percorsi di estrema medicalizzazione sempre vissuti dal lato femminile (anche quando il problema dell'infertilità è dovuto all'uomo), le conseguenze psicologiche e le modalità di esercizio della genitorialità quando ottenuta o all'opposto, il senso di sconfitta e di depressione conseguente ai ripetuti fallimenti, la dimensione di coppia messa alla prova, le scelte di un'alterità da accudire, come nel caso del ricorso all'adozione o alla fecondazione eterologa che chiamano in causa fortemente l'aspetto psicologico.

Ma all'opposto i percorsi di PMA potrebbero anche essere letti in una prospettiva di libera scelta, di empowerment, di autodeterminazione, senza dover rinunciare a essere schiacciate nella sola figura della madre né al dover rinunciare a percorsi di carriera o di passioni, come spesso accade per il mancato welfare di conciliazione, ad esempio ricorrendo al *Social Freezing*, il congelamento preventivo degli ovuli.

Rispetto al dibattito femminista le posizioni sono state dunque molto differenti: c'è una linea che potremmo definire "emancipazionista" che vede le biotecnologie come possibili supplementi ad una superazione delle gabbie di genere imposte dalla società, in una prospettiva post-umanista, sulla linea degli studi inaugurati dal *Manifesto cyborg* (Haraway, 1995)<sup>2</sup>; una posizione "protezionista" che vede i possibili rischi della segmentazione sia dei processi riproduttivi che delle figure in gioco nella procreazione e infine, una posizione "oltranzista" che vede una continuità manipolativa in tutte le tecniche riproduttive e le accomuna alla condanna della gestazione per altri che, a nostro avviso, è molto lontana per modalità e tecniche dalla PMA. Le posizioni femministe attorno al tema della riproduzione sono frastagliate e sfumate e chiamano in causa anche le principali correnti di pensiero: dall'*etica della cura* con la sua rivalutazione del materno, alla *mistica della femminilità* con la sua critica radicale al binomio donna=madre, dal *pensiero della differenza sessuale* che coglie l'enfasi di una specificità femminile, agli *studi di genere* che definiscono azioni performative invece che stereotipi predestinati, fino all'*ecofemminismo* che mette in guardia le donne contro i pericoli della tecno-scienza con l'accusa di *eugenetica*, di *medicalizzazione*, di *mercificazione* per le differenze economiche che garantiscono l'accesso a cure costose e prolungate, insomma dai pericoli di un patriarcato, anche interiorizzato, che vede le donne madri ad ogni costo o, di contro, che vuole mettere le mani della scienza anche sul potere generativo femminile (Sugamele, 2017)<sup>3</sup>.

Per affrontare il problema bisogna porre inoltre l'attenzione sull'impatto dei modelli sociali e sui ruoli di genere (si pensi alla dimensione *essenzialista* del genere e alla *mistica della maternità*) nello specifico contesto italiano, dove esiste anche un retaggio cattolico<sup>4</sup> da non dimenticare, correlando questo portato alla condizione dell'infertilità.

Quali ricadute psicologiche e sociali affrontano le donne che si sottopongono a questi percorsi spesso ad ostacoli? Quali aiuti ricevono dai servizi pubblici e privati? Come affrontano all'interno della coppia il peso di una maternità ottenuta a fronte di una forte medicalizzazione? (OMS, 2009)<sup>5</sup>.

1 Per una prima ricognizione si veda R. Barcaro (2005). Prospettive femministe sulla procreazione assistita: appunti per la riflessione. *Persona e danno*. In <https://www.personaedanno.it/articolo/bioetica-femminismo-e-procreazione-medicalmente-assistita-rosangela-barcaro>.

2 Cfr. D. Haraway (1995). *Manifesto cyborg. Donne, tecnologie e biopolitiche del corpo*, Milano: Feltrinelli. Ma la prima edizione americana è del 1985; R. Braidotti (1996). *Madri, mostri, macchine*. Roma: Manifestolibri (che mette in luce l'immaginario fallico tecnologico); sul versante critico si segnalano: M.L. Boccia, G. Zuffa (1998). *Leclissi della madre. Fecondazione artificiale, tecniche, fantasie, norme*, Parma: Pratiche; E. Cirant (2005). *Non si gioca con la vita. Una posizione laica sulla procreazione assistita*. Roma: Editori Riuniti; L. Corradi (2017). *Nel ventre di un'altra. Una critica femminista alle tecnologie riproduttive*, Roma: Castelvecchi. Altri studi hanno analizzato le diverse figure in gioco nel tema della riproduzione e il concetto di autodeterminazione: A. Gribaldo (2005). *La natura scomposta. Riproduzione assistita, genere, parentela*. Roma: Luca Sossella. Focalizzando l'attenzione sulle ombre dell'esclusione, per esempio delle coppie omosessuali: L.L. Parolin, M. Perrotta (2012). *Corpi al confino: la cittadinanza riproduttiva in Italia*. In E. Bellè, B. Poggio, G. Selmi (a cura di), *Attraverso i confini del genere* (pp. 341-352). Trento: Università di Trento.

3 Una rassegna delle varie posizioni è contenuta in L. Sugamele (2017). Riflessioni della bioetica femminista su maternità e tecnologie riproduttive. *Rivista di Scienze Sociali*, n. 18. In <https://www.rivistadisocietalsociali.it/12357-2/>; si rimanda anche a C. Faralli, C. Cortesi (a cura di) (2005). *Nuove maternità. Riflessioni bioetiche al femminile*, Diabasis, Reggio Emilia.

4 Su questo tema cfr. M. Murgia (2011). *Ave Mary. E la chiesa inventò la donna*. Torino: Einaudi.

5 Un rapporto dell'Organizzazione Mondiale della Sanità fa il punto sulla letteratura internazionale dedicata agli aspetti psicologici della salute riproduttiva delle donne: OMS (2009). *Mental health aspects of women's reproductive health. A global review of the literature*,

## 2. Il vissuto delle donne nei percorsi PMA. Voci da una ricerca

La ricerca *Genitori non si nasce, si diventa*, animata da un gruppo di ricerca multidisciplinare dell'Università di Bologna<sup>6</sup>, ha preso in considerazione il tema della PMA e dell'adozione nel contesto italiano, attraverso una quarantina di interviste in profondità svolte sia con il personale dei servizi che si occupano di entrambi i percorsi sia con genitori tramite PMA e adozione. In questa sede ci focalizzeremo sulle interviste a donne e coppie che hanno intrapreso percorsi di PMA in Italia e che hanno realizzato il sogno di essere genitori, al fine di comprendere le dinamiche di miglioramento della presa in carico ed in particolare le esigenze femminili, in una prospettiva che inquadri le politiche di genere da migliorare, come il supporto psicologico e il superamento dello stigma, temi su cui le donne cominciano ad esporsi e a prendere parola (Vianello, 2021)<sup>7</sup>.

La domanda di ricerca presa qui in esame è capire quanto la determinazione femminile abbia contato nella volontà di ottenere una gravidanza tramite PMA e quanto stigma si porti dietro questa scelta. È infatti apparso evidente nelle nostre interviste che la maggior parte dei padri si è "lasciata portare" dalla volontà delle donne di divenire madri.

Sul tema della maternità lo stigma avvolge da sempre le donne, cui storicamente si dà la colpa di non rimanere gravide, in molte culture ancora oggi le donne possono venire ripudiate per questo motivo perché, anche se i problemi di infertilità o sessuali sono maschili, sono le donne a sperimentare la discriminazione di non essere madri o di non riuscire a dare l'erede alla famiglia. Lo sottolinea anche G., donna emancipata e intraprendente, trapiantata per amore da un paese estero molto avanzato in tema di diritti in un paesino del centro Italia, che si stupisce ancora raccontando la sensazione di essere vista dalla suocera come un animale da riproduzione: "Mi faceva sentire come se fossi una gallina: 'Eh, non fa niente? Non ha fatto niente? No... questo lo sentivo', era come se dicesse: 'Non ha fatto l'uovo'" [1.GEN.PMA].

Anche M., madre di gemelli, sottolinea il non detto a proposito di suoi zii che avevano fatto ricorso alla PMA e a cui non aveva potuto chiedere consigli:

Poi ci sono riusciti a diventare genitori, però è rimasto un silenzio sulla modalità e la procedura. I parenti lo tenevano nascosto facendo questi viaggi, senza mai dire niente. Perché insomma, veniva vista come una cosa imbarazzante, ecco il fatto che la sposa del figlio, fosse infertile. Naturalmente si dava la colpa alla donna, perché viene a mancare qualcosa e mia nonna diceva sempre che quelli nati con le tecniche artificiali sono 'i figli della scienza' [1.GEN.PMA].

Ma quando M. riesce finalmente a divenire madre sperimenta però la stessa curiosità morbosa e paura dello stigma:

Io alla fine mi sono comportata così: con chi mi è stato vicino l'ho detto, a chi ha voluto saperlo l'ho detto, ma non è che sono andata a dirlo a tutti. Quando me l'hanno chiesto espressamente non ho negato. Infatti c'è gente che mi dice ancora oggi: 'Oh che bei gemelli...' con un sottotesto... che poi i gemelli ce li avevo in famiglia, diciamo che faccio anche finta di niente, perché tanto sapere tutto di tutti non va bene. E poi ho capito che al mio compagno non piace sbandierarlo, forse perché il problema di fertilità era una questione sua [1.GEN.PMA].

Lo stigma sociale è evidente anche per G. che abita in un piccolo paesino del Sud Italia, dove sente la sua come una esperienza "aliena": "La mancanza di informazione ha portato gli amici e i parenti ad allontanarsi da noi, giustificavano questa assenza perché 'non sapevano cosa dirci'. Ricordo in particolare una cena con amici, io avevo un pancione già molto evidente perché ero quasi all'ottavo mese. E rispondendo ai loro sguardi insistenti ricordo di aver detto: 'Guardate che all'interno del mio ventre c'è un bimbo, esattamente come c'è stato nelle pance delle vostre mogli'".

Questa reticenza appare evidente anche tra le coppie che hanno affrontato lo stesso percorso, come ricorda S., che oggi anima una Associazione di genitori che hanno fatto la PMA:

E quindi è stata un po' dura... ripeto, io ne parlo anche con gente che non conosco, perché vorrei dare coraggio alle donne e alle coppie. Una cosa che noto è che quando andiamo al Centro io e mio marito siamo sempre

<https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789241563567>. Per quanto riguarda in particolare l'infertilità e le tecniche di riproduzione assistita, il rapporto OMS presenta alcune conclusioni rilevanti tratte dall'analisi di studi internazionali condotti sulla popolazione femminile infertile. Una sintesi si trova sul sito dell'Istituto Superiore di Sanità, <https://www.iss.it/infertilit%C3%A0-e-pma>.

6 La ricerca ha preso avvio da un finanziamento del *Programma Alma Idea* dell'Università di Bologna e ha visto la partecipazione di Cinzia Albanesi (psicologa); Chiara Cretella (sociologa); Manuela Gallerani (pedagogista); Stefania Lorenzini (pedagogista). I risultati saranno presentati a novembre 2024.

7 Cfr. il recente lavoro di M. Vianello (2021). *In fondo al desiderio. Dieci storie di procreazione assistita*. Roma: Fandango Libri.

molto sorridenti e salutiamo tutti. La sala del Centro è sempre strapiena di coppie ma non c'è nessuno che guardi sopra le sue scarpe, hanno gli occhi sempre a terra e se si incrociano nei corridoi fanno finta di non vedersi. Io cerco di attaccare bottone, cerco di parlare. Perché per me non è una vergogna. Cioè non è che io ho fatto qualcosa che non andava fatto, è solo ignoranza... anche il voler sapere se il bambino è 'veramente frutto nostro' [3.GEN.PMA].

Il tema della "vergogna" emerge preponderante anche in chi si espone nel discorso pubblico, è il caso di P., un padre che impegna il suo tempo libero come Presidente di una Associazione del Sud nata da chi ha attraversato questi percorsi proprio per dare supporto ai genitori intenzionali:

Poi io lo vedo, ad esempio quando ci sono occasioni come queste per fare interviste... mi ricordo una volta che c'era una televisione locale che voleva fare un'intervista collettiva e aveva già specificato che le persone sarebbero state intervistate di spalle e con la voce alterata, addirittura... neanche si parlasse di mafia. Nonostante questo, credimi non è venuto nessuno, perché io gli ho risposto: 'Guardate, io devo venire sul posto e ci metto due ore di macchina'. Alla fine mi hanno chiamato: 'Se puoi venire vieni, perché praticamente all'ultimo minuto la gente ha dato disdetta. Quindi questa cosa della reticenza esiste' [3.GEN.PMA].

La reticenza non è solo sociale ma anche intima, l'accettazione apre infatti squarci difficili da ricucire, per esempio la scoperta dell'infertilità da parte maschile è sempre una ferita narcisistica che incide sui percorsi di PMA: è il caso di F., il cui marito è affetto da una patologia severa scoperta solo durante i percorsi procreativi e che rifiuta l'operazione: "Io avevo questo desiderio molto molto forte e lui ce l'aveva nella misura del 'Se viene viene', quindi quando ha scoperto il suo problema mi ha detto 'Forse è meglio di no. Io non mi opero'" [2.GEN.PMA]. L'uomo parte per una serie di viaggi in paesi lontani, forse per elaborare il vissuto di questa rivelazione, ma la compagna la prende come una fuga. Al suo ritorno, dopo una serie di tentativi con rapporti mirati, la ginecologa spinge la donna verso il congelamento degli ovuli:

La ginecologa mi ha detto: 'Questa cosa te la fai da sola, diciamo con un po' di autodeterminazione, visto che lui si sta staccando, facciamo che tu intanto ti preservi. Io ho capito che tu vuoi avere figli, quindi non toglierti questa opportunità'. È stato un fortissimo momento di autodeterminazione, ho scelto questa cosa, ho detto a mio marito: io faccio questa cosa, me la pago io, è un percorso che faccio da sola. E lui l'ha presa malissimo, come un atto di forza... comunque il giorno in cui sono andata a fare l'espianto degli ovuli e avevo l'anestesia totale di cui avevo una gran paura... ricordo che lui mi ha accompagnato e che però era una presenza del tipo: 'Devo essere qui perché ci devo essere'. Avevo proprio questa percezione di una persona completamente distaccata da quello che stavo facendo. Sì, è stato un percorso che ho vissuto con molta solitudine. Devo dire la verità... però al contempo avevo quest'immagine di me che a un certo punto prende la valigia, la valigetta con gli ovuli e va in Spagna. Avevo proprio questa immagine che mi dava forza [2.GEN.PMA].

La solitudine che sperimentano queste donne diviene paradigmatica di una condizione in cui la maggior parte dello sforzo rimane sui loro corpi, anche quando l'infertilità è causa dei loro compagni, ma è anche un punto di svolta, di resilienza, di empowerment:

Mi viene da piangere, nel senso che ho uno sguardo verso di me... mi penso con molta tenerezza rispetto a questo percorso perché sono stata molto sola e mi ricordo questa immagine, perché secondo me è bella e significativa: quando mi sono stati impiantati gli embrioni non potevo fare pipì subito dopo. Mi hanno messo in una stanzetta sulla barella, mi hanno lasciata lì un attimo e mi hanno detto: 'Aspetta un po' e poi va a fare la pipì ma cerca di aspettare'. Ho questa immagine di me nel bagno della clinica che vado a fare la pipì, ma la faccio piano... pianissimo. Con quella sensazione che devo stare attenta a non far scivolare l'embrione via da me. Quell'immagine di me mi fa molta tenerezza. Mi guardo con la paura di fare la pipì per proteggere questa cosa preziosa e me la porto dentro come una cosa buffa, che mi ricorda di prendermi cura di me, perché lui non lo ha fatto [2.GEN.PMA].

Molte donne riportano questo senso di solitudine sia nella coppia che nel lavoro. Alcune di loro si sono licenziate perché non riuscivano a conciliare i tempi delle terapie, del transfert e dei vari tentativi con i ritmi di lavoro, altre hanno lasciato il lavoro dopo il primo figlio/a, altre ancora lamentano la mancata conciliazione ed empatia tra colleghe. È il caso di A., manager in una grande azienda di prodotti femminili, con un lavoro appagante, che affronta tanti percorsi in grande solitudine:

Eppure me ne son fatte fare di ogni tipo... considera che io ero sempre sola. Organizzare tutta questa parte... andare a fare le analisi e vedere che non sei rimasta incinta, quindi piangerti addosso e poi ricominciare. Il mio compagno non mi sosteneva, vedeva la cosa come un mio impuntarmi. E ogni volta diceva: 'La finisci?'. Io non so se lui ha capito il sacrificio che io ho fatto perché lo nascondo molto bene. Cioè, nel senso che tutte le volte che cado mi rialzo, quindi non lo so se gliel'ho fatto notare. Al di là di tutto, cioè la pianificazione e la lo-

gistica, le telefonate, gli esami, il calendarizzare tutto, che è una cosa lunghissima, voglio dire questo è 'impuntarsi', senza questo non sarebbe successo, è chiaro [9.GEN.PMA].

A. è fortemente motivata a tentare tutte le strade per avere una gravidanza, anche a rischio della sua performance lavorativa, nonostante lavori per una azienda di prodotti femminili e, nonostante abbia per legge diritto ad assentarsi facendosi attestare dal medico curante il ricorso alla PMA, decide di tacere forse per ritorsioni di carriera o paura di demansionamenti:

Considera che io ho un lavoro molto complicato. Io prendevo quei 10/15 aerei al mese. Quindi mi son trovata a farmi punture a Londra, in Spagna... dovunque, perché dovevo programmare tutto in modo tale da poi potermi fermare per il periodo del transfert embrionale. Mi mettevo in malattia oppure mi prendevo delle finte ferie per poter poi fare il transfer e stare a casa, perché ho sempre nascosto in azienda che volevo fare questo percorso [9.GEN.PMA].

Le donne che si rivolgono ai Centri PMA sono spesso fortemente determinate e passano davanti a tutto, anche alla medicalizzazione di percorsi invasivi. È l'esempio di G. che durante i vari cicli scopre di avere un grave problema di salute al cervello, probabilmente da operare, ma nonostante ciò la sua mente continua a tornare costantemente alla ricerca di una gravidanza: "E io ero disposta a tutto... ho superato tante paure e non ho pensato ai rischi del bombardamento ormonale che ho ricevuto. Ok, devo essere sincera, da incosciente non ho proprio mai riflettuto, non siamo stati informati. Quali sono i rischi? La domanda è proprio questa" [3.GEN.PMA].

C'è chi, come A., è riuscita dopo ben 10 percorsi di PMA ad avere un figlio all'età di 46 anni in un Centro privato, un caso eccezionale per l'omologa, ma pagata ad un prezzo molto alto – quasi il costo di un mutuo immobiliare – anche in termini psicologici:

Fino a quando tu sei lì che fai il tuo percorso e quindi paghi ogni volta che vai, ti considerano... ma nel momento in cui finisci il tuo percorso e non sei rimasta incinta, spariscono tutti, quando secondo me ci dovrebbero essere proprio in quel momento. La presenza di un dottore che ti sappia supportare è necessaria perché tu, quando sei nella fase di preparazione per una Fivet sei molto carica di tutte le bombe che ti metti dentro; quindi hai anche la speranza di rimanere incinta... quando poi non succede non tutte superano questo blocco, questa delusione. Questa, diciamo, perdita... e in quel momento non c'è supporto. Invece si deve pensare alla coppia, alla donna e soprattutto supportarla quando il risultato è negativo. Io la penso così, se avessi una clinica avrei un reparto di supporto per chi non riesce a farcela. Invece loro sanno che tanto tutto questo desiderio di rimanere incinta è talmente forte che non va elaborato, perché così ritornerai presto a bussare alla loro porta [9.GEN.PMA].

La solitudine è alle volte sopita facendo ricorso ai moltissimi forum e blog on line che parlano di PMA e che hanno il vantaggio di mantenere l'anonimato. Si può dunque parlare di tutto, esporsi senza paura di essere giudicate dalla cerchia intima, anche se ogni tanto esistono episodi di aggressività e di troll come in tutti i contesti in rete. La solidarietà delle donne nella rete è forte, anche per chi si avvicina a chiedere informazioni che non riceve dai servizi preposti, come sottolinea F., parlando di un sentimento, quello dell'invidia della gravidanza, spesso sperimentato dalle donne che stanno cercando di divenire madri. Un sentimento di cui ci si vergogna, umanissimo, ma difficile da raccontare anche alle amiche intime o alla cerchia parentale:

Quel sentimento lo possiamo chiamare invidia della maternità. Ma non è forse la parola adatta? È quella difficoltà ad accettare le gravidanze altrui. Ecco nei blog mi è sembrato di capire che questo sentimento, quando una ce la fa è accolta diversamente. Non lo so, è completamente diverso. È come dire, questa cosa dà forza anche alle altre. A me è capitato anche nel reale, non solo nel blog, per esempio una persona che qui, in un paese vicino, ha fatto la PMA e poi ha avuto un bambino prima di me... e io ero molto contenta per lei, è come se lei fosse stata legittimata ad averlo, perché comunque aveva sofferto. Se l'era meritato. L'aveva ottenuto a costo di tanta sofferenza mentre la persona che magari non lo cercava neanche l'aveva avuto senza problemi. E allora lì ti sembra come... un'ingiustizia. È un'ingiustizia, sì, secondo me è lì il punto, invece l'altra maternità ti dà forza. Perché dici, ecco, lei era nella mia stessa situazione, non ce la faceva e invece alla fine c'è riuscita e ha coronato il sogno. Allora magari ti immedesimi e la stessa cosa succede nel blog, cioè tu speri sempre nel test positivo, mai nel negativo, a differenza di quanto ti succede nella realtà o con le tue amiche che magari ci provano una volta e rimangono incinte [10.GEN.PMA].

C'è anche chi però sottolinea che le cose stanno cambiando e che lentamente le donne cominciano a parlare del tema, a scambiarsi consigli, come riconosce S. che è ricorsa alla diagnosi pre-impianto perché portatrice sana di Talassemia:

Si sa, il figlio deve essere naturale, prima non se ne parlava proprio. Una volta eri tu che dovevi andare a cercare notizie o tramite Internet o parlando col medico curante. Quindi se non usciva la discussione non se ne parlava,

adesso è diverso, adesso vai al supermercato e trovi i cartelli: ‘Non riesci ad avere il figlio? Vieni qua, c’è la PMA!’ Adesso è diverso proprio e parli con chiunque e magari metà delle persone con cui parli vi è ricorso. Perché l’età è aumentata, perché ci sono più difficoltà ad averli subito per le problematiche che uno ha e quindi adesso è più semplice anche a livello psicologico affrontare la cosa. Se ne parla fra amici... io infatti al Centro dove sono stata ho mandato diverse persone [6.GEN.PMA].

Anche sul tabù verso i figli le cose stanno cambiando, almeno per quanto riguarda la fecondazione omologa, come ricorda S. che parla della vita associativa dei genitori tramite PMA che si sono incontrati e hanno fatto percorsi di auto-mutuo aiuto:

Io non ho mai proprio mentito... lo sanno tutti, non ho mai nascosto che i miei figli sono nati da una diagnosi pre-impianto. Neanche a loro, sono piccolini, ancora non hanno ovviamente la concezione di come nascono i bambini, di come si fanno... quindi non siamo andati nello specifico, però tramite un libricino consigliato dal Centro con una favoletta abbiamo spiegato loro questa cosa. Il libro si chiama *Il viaggio di Blasto Ciccio* è illustrato e racconta la storia di un pinguino che si trova isolato nel freddo polare ma che alla fine riesce a trovare la sua mamma. Tramite queste cose si spiega il percorso, perché piano piano loro lo sanno che quando andiamo al Centro ci sono tutte le foto dei bimbi appese e anche le loro. Quando andiamo alla festa del Centro dove ha sede la nostra Associazione ci sono i dottori che hanno fatto nascere tutti quei bimbi... quindi lo sanno... così capiranno subito che quello che è capitato a noi potrebbe capitare purtroppo anche a loro (la Talassemia è ereditaria) e almeno crescono informati» [6.GEN.PMA].

Questo percorso di riconoscimento è più difficile per chi ricorre alla fecondazione eterologa. È il caso di T., dottoressa del Servizio Sanitario che ha avuto due bambini alcuni decenni fa e che, tra le prime a ricorrere a queste tecniche, si è esposta anche in televisione sul tema: «Molte persone non parlano con me... e non se ne parla perché non vedono un riscontro nel mondo circostante, per tutti noi che l’abbiamo fatto... quelli che l’hanno fatto l’hanno tenuto nascosto... non si sono mai sognati di dirlo, anzi c’è gente che ha smesso di frequentarmi proprio perché io ne parlavo pubblicamente, perché non volevano essere coinvolti in questa cosa» [7.GEN.PMA].

Conferma questa tendenza anche V. che è riuscita ad avere un bambino ed è alla ricerca del secondo. Dopo 8 aborti e una medicalizzazione infinita, è stremata dalle cure e dai ripetuti lutti, si commuove durante l’intervista ma non cede, vuole andare fino “in fondo al desiderio”. Dopo questi ripetuti fallimenti sta pensando di scegliere la fecondazione eterologa: “La gente non si espone sull’ omologa figuriamoci l’eterologa... ne vedremo delle belle se diciamo che percorreremo anche questa strada, perché è ancora più stigmatizzata. Ti dicono: ‘Eh... ma l’eterologa? Ma sei matta, ma allora perché non adottati?’” [8.GEN.PMA].

Ma dopo tanta sofferenza, come vivono la genitorialità le coppie che hanno affrontato la PMA? Dopo essere finalmente diventata madre G. riflette, da educatrice di mestiere, sulle differenze nell’esercizio della genitorialità: “Siamo troppo coccoloni cosa vuoi? Un po’ do troppo a lui perché appunto è nato dal percorso che abbiamo seguito, ma siamo due genitori di manica molto larga” [3.GEN.PMA].

Un tratto che ricorre anche in altre interviste, come dice P., papà impegnato anche a livello di attivismo, fa infatti pressione sulle istituzioni con una rete associativa per smantellare alcuni divieti “discriminatori” della *Legge 40* sulla procreazione assistita: “Comunque secondo me siamo, ovviamente, un po’ più tolleranti, tra virgolette, rispetto al caso in cui non avessimo avuto questa difficoltà... nostra figlia è molto viziata perché è stata molto cercata” [4.GEN.PMA].

### 3. Conclusioni e prospettive della ricerca

Per indagare il tema della salute riproduttiva delle donne come diritto e le sue possibilità reali di applicazione, è necessario ripartire dalle politiche ministeriali e sanitarie operate dall’Italia, in questo senso estremamente lacunose. Nel nostro paese non esiste una vera *educazione alla fertilità* e di come essa debba essere preservata e sostenuta. A fronte delle grandi conquiste del movimento femminista degli anni Settanta che ha portato all’apertura dei Consultori familiari, poco è stato fatto sulla educazione alla fertilità. Possiamo dire che, seppur in maniera non sempre sufficiente, nei Consultori sono trattati i temi legati alla contraccezione, all’interruzione volontaria di gravidanza e alla maternità, ma quasi mai viene messa in atto una vera educazione alla pianificazione riproduttiva.

Molte donne in Italia arrivano ai 40 anni quasi senza accorgersene, tra percorsi formativi infiniti e lavori precari, e scoprono, loro malgrado, che le chance riproduttive sono pochissime. Entrano per questo in una spirale di accelerazione compulsiva di tecniche, esami, indagini mediche snervanti e avviliti, spesso senza nessun supporto emotivo e psicologico. I cosiddetti *Bonus psicologo* e *Bonus PMA*, che sono stati proposti a margine della politica delle elargizioni una tantum in epoca pandemica, non sono che una goccia in un deserto di disperazione femminile, perché è sulle donne che cala la spada di Damocle dell’invecchiamento ovocitario e anche la pressione e lo stigma sociale, persino quando la causa dell’infertilità è virile.

Appare dunque necessario indagare l'impatto di genere della PMA, in particolare rispetto allo stigma sociale e alle ricadute psicologiche, prendendo in considerazione l'ipotesi di una nuova consapevolezza della necessità di una *educazione alla fertilità*, mai iniziata in Italia, attraverso formatori/formatrici con competenze specifiche, inserendo questi temi nei curricula formativi, in particolare quelli che preparano a professioni mediche, sociali, pedagogiche, psicologiche, ampliando il dibattito a campagne di comunicazione che coinvolgano istituzioni, enti locali, spazi giovani, servizi sociali, aziende sanitarie, contesti educativi.

Partendo dalla constatazione dell'esistenza di un condizionamento sociale (il dover essere madri), e all'alto tasso di insuccesso di queste tecniche (quelle che non riescono ad essere madri; le donne che non possono continuare le tecniche per mancanza di fondi; le donne single; le coppie lesbiche), nonché alle ricadute sulla salute delle donne che vi si sottopongono, la ricerca, attraverso questa prima ricognizione delle interviste, fa emergere evidente la necessità di un aiuto psicologico costante nei percorsi di PMA, supporto che è segnalato anche nelle indicazioni informate dei servizi sanitari, ma che spesso non trova applicazione concreta. Il gruppo di auto-aiuto e l'Associazione di genitori, raccontati nelle interviste raccolte, indicano una buona prassi per ridurre il senso di solitudine, per cercare risposte allo stigma sociale che ancora circonda la PMA in Italia. Questa prima selezione di interviste rappresenta inoltre la volontà di dare voce a una narrazione collettiva sul tema.

## Riferimenti bibliografici

- Barcaro R. (2005). Prospettive femministe sulla procreazione assistita: appunti per la riflessione. *Persona e danno*. In <https://www.personaedanno.it/articolo/bioetica-femminismo-e-procreazione-medicalmente-assistita-rosangela-barcaro> (ultima consultazione: 05/12/2023).
- Boccia M.L., Zuffa G. (1998). *Leclissi della madre. fecondazione artificiale, tecniche, fantasie, norme*, Parma: Pratiche.
- Braidotti R. (1996). *Madri, mostri, macchine*. Roma: Manifestolibri.
- Cirant E. (2005). *Non si gioca con la vita. Una posizione laica sulla procreazione assistita*. Roma: Editori Riuniti.
- Corradi L. (2017). *Nel ventre di un'altra. Una critica femminista alle tecnologie riproduttive*. Roma: Castelvecchi.
- Faralli C., Cortesi C. (a cura di) (2005). *Nuove maternità. Riflessioni bioetiche al femminile*. Reggio Emilia: Diabasis.
- Gribaldo A. (2005). *La natura scomposta. Riproduzione assistita, genere, parentela*. Roma: Luca Sossella.
- Haraway D. (1995). *Manifesto cyborg. Donne, tecnologie e biopolitiche del corpo*. Milano: Feltrinelli.
- Murgia M. (2011). *Ave Mary. E la chiesa inventò la donna*. Torino: Einaudi.
- OMS (2009). *Mental health aspects of women's reproductive health. A global review of the literature*. In <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789241563567> (ultima consultazione: 05/12/2023).
- Parolin L.L., Perrotta M. (2012). Corpi al confino: la cittadinanza riproduttiva in Italia. In E. Bellè, B. Poggio, G. Selmi (a cura di), *Attraverso i confini del genere* (pp. 341-352). Trento: Università di Trento.
- Sugamele L. (2017). Riflessioni della bioetica femminista su maternità e tecnologie riproduttive. *Rivista di Scienze Sociali*, 18. In <https://www.rivistadiscienze sociali.it/12357-2/> (ultima consultazione: 05/12/2023).
- Vian N., Marzoli A. (2017). *Do i numeri perché cerco te. Storie vere di procreazione assistita, infertilità, maternità e amore*. Roma: Armando.
- Vianello M. (2021). *In fondo al desiderio. Dieci storie di procreazione assistita*. Roma: Fandango Libri.