

Il desiderio di maternità fra bio-politica e devozione.

*Un'etnografia napoletana presso il Santuario di Santa Maria Francesca delle cinque piaghe**

Helga Sanità

dottore di ricerca, Università degli studi di Napoli Suor Orsola Benincasa
[helga.sanita@gmail.com]

Infertilità di Stato

L'“atomo di parentela” indicato dall'antropologia (LÉVI-STRAUSS C. 2009 [1958]) come il tipo di relazione familiare più semplice che possa esistere, sembra attraversare in Occidente una delle fasi trasformative più creative dall'origine della storia dell'umanità. Se da una parte si paventa il declino della famiglia basata sull'unione coniugale eterosessuale come istituzione sociale, e di conseguenza della relazione genitoriale a scapito dell'attività procreativa, dall'altra i progressi delle biotecnologie ci suggeriscono nuove inattese configurazioni che vanno ben oltre i legami genealogici e tutte le possibili concezioni biologiche della parentela (SAHLINS M. 2014 [2013]: 82).

In Italia il “diritto alla libertà procreativa” (CHARLESWORT M. 1996 [1993]: 48) contempla e legittima vari possibili modelli: bambini nati da coppie eterosessuali unite formalmente in matrimonio; bambini nati da coppie eterosessuali in unioni stabili di fatto; bambini nati da gameti di una coppia eterosessuale tramite tecniche di procreazione medicalmente assistita; bambini nati in una coppia eterosessuale da gameti e ovuli di donatori per mezzo della fecondazione in vitro e il trasferimento dell'embrione.

Eppure, i poteri governamentali continuano a essere ossessionati dallo spettro della denatalità e ad adoperarsi in ogni modo per sconfiggerlo esercitando una vera e propria “gestione calcolatrice della vita”.

Quel “potere sulla vita” che Michel Foucault analizzava nel primo volume della *Storia della sessualità*, affermando che esso si sarebbe sviluppato in due forme principali ma non antitetiche a partire già dal XVII secolo. Foucault individuava appunto due poli di sviluppo di questa forma di potere: il primo centrato sul “corpo in quanto macchina”, sul suo *dressage*, sul suo potenziamento attraverso la sua integrazione a sistemi di controllo efficaci ed economici; il secondo – formatosi verso la metà del XVIII secolo – centrato sul “corpo-specie” inteso come supporto a processi biologici quali proliferazione, nascita, mortalità, livello di salute, durata della vita, sui quali si opera attraverso tutta una serie di interventi e “controlli regolatori, una bio-politica della popolazione” (FOUCAULT M. 2009 [1976]: 123). L’esplosione di tecniche diverse e numerose per ottenere la subordinazione dei corpi e il controllo delle popolazioni ha aperto l’era del “bio-potere” che ha contribuito allo sviluppo del capitalismo inserendo i corpi nei processi di produzione e adattando i fenomeni di popolazione ai processi economici (*ibidem*: 124). Così i corpi, la sessualità, il desiderio di genitorialità, sono diventati «tema di operazioni politiche, d’interventi economici (attraverso incitazioni o freni alla procreazione), di campagne ideologiche di moralizzazione o di responsabilizzazione: [li] si fa vedere come l’indice di forza di una società, quel che ne rivela tanto l’energia politica che il vigore biologico» (*ibidem*: 129).

Già nei primi anni novanta l’Italia aveva raggiunto un tasso di natalità di circa 1,2 figli per famiglia, a quel tempo i più bassi del mondo, ma una recente indagine del CENSIS: *Diventare genitori oggi. Indagine sulla fertilità/infertilità in Italia*, ha dimostrato che «solo nel 2013 in Italia si è registrata una riduzione delle nascite del 3,7% rispetto all’anno precedente, con un calo del tasso di natalità da 9 a 8,5 nati per mille abitanti e che dall’inizio della crisi economica a oggi sono più di 62.000 i nati in meno all’anno, passando dai 576.659 bambini del 2008 ai 514.308 del 2013, il numero più basso nella storia del Paese dal 1862, nonostante l’aumento della popolazione, i progressi della medicina e il contributo degli immigrati residenti»⁽¹⁾.

L’indagine CENSIS intreccia il problema della denatalità con altre questioni: la procreazione eterologa, il superamento della famiglia tradizionale, la crisi economica, l’insufficienza delle politiche pubbliche a sostegno della famiglia, la scarsa informazione sull’infertilità, le difficoltà delle coppie con problemi di infertilità. E rinnova allarmismi emersi ciclicamente in diversi momenti della storia del Paese.

Questa indagine, come le altre dello stesso tipo che l'hanno preceduta, è utile a svelare le conoscenze, le credenze e i valori incorporati nei comportamenti riproduttivi degli italiani, ma è anche indicativa di un preciso orientamento di governance esercitato dallo Stato a scopo pronatalista. Diventa così una fonte illuminante anche nell'ipotesi di voler ricostruire una genealogia storica del bio-politico in campo riproduttivo. Gioverà ricordare, per segnare solo alcune tappe di questa storia, le politiche pronataliste mussoliniane che prevedevano misure coercitive contro l'aborto – considerato un crimine contro la razza e la nazione – e contro gli scapoli, che venivano pesantemente tassati, mentre le coppie particolarmente prolifiche ricevevano sussidi ed incentivi. In tempi più recenti, fin dal 1992, i demografi cominciano a segnalare i modelli riproduttivi italiani come deficitari e necessitari di un intervento politico. Si arriva così agli incentivi previsti dalla legge berlusconiana del *Baby-bonus* nel 2003, replicata poi dal "Bonus-bebé" del governo Renzi che, dal gennaio 2015, prescrive di assegnare un sussidio di ottanta euro al mese ai neo genitori con determinati requisiti di reddito.

Come hanno notato Elizabeth L. Krause e Milena Marchesi, «il problema della bassa fertilità riflette una nuova formazione egemonica per l'Italia del dopoguerra. Caratteristica di questo blocco storico è la nozione comune che la bassa fertilità sia diventata indiscutibilmente pericolosa» (KRAUSE E.L. - MARCHESI M. 2007: 351) e i discorsi e gli incentivi pro-natalisti funzionano – secondo le due studiose – come una sorta di "viagra sociale" perché fortificano il terreno politico di uno stato nazione che lotta per ottenere una modernità durevole e sicura.

«Proprio come il viagra è stato progettato per azionare la vita in un uomo impotente, così l'incitamento dei discorsi intorno alla bassa fecondità tenta di rilanciare una nazione impotente attraverso la famiglia» (KRAUSE E.L. - MARCHESI M. 2007: 351).

Contro il calo demografico, e in risposta allo studio CENSIS, la ministra della salute del governo Renzi, Beatrice Lorenzin, insedia nell'ottobre 2014 un tavolo consultivo in materia di tutela e conoscenza della fertilità e prevenzione delle cause di infertilità. Il gruppo multidisciplinare è composto da 26 membri: medici, ginecologi, sessuologi, psicologi, pediatri, giuristi, sociologi, farmacisti che, entro aprile 2015, si propongono di redigere un primo documento di indirizzo⁽²⁾.

Secondo le parole della ministra, il problema della fertilità: «rappresenta una delle fondamentali questioni per lo sviluppo dell'Europa nei prossimi decenni»⁽³⁾.

La Lorenzin precisa che lo scopo del tavolo consultivo non è quello di obbligare gli italiani ad avere figli, ma piuttosto di «dare informazione ai cittadini perché possano programmare la genitorialità come scelta consapevole» e che l'obiettivo è «totalmente deideologizzato» poiché il gruppo si propone di portare avanti un'indagine scientifica per «fornire strumenti operativi alle famiglie e agli operatori sanitari». Lo scopo è innanzitutto quello di «dare una serie di risposte sull'infertilità» estrapolando dalla ricerca CENSIS poc'anzi menzionata – ed evidenziandolo – il dato che «il 60% della popolazione non è sufficientemente informato su cosa sia l'infertilità e sulle sue cause»⁽⁴⁾.

Benché si auspichi il coinvolgimento futuro anche di altri ministeri, Economia e finanze e Istruzione, e si riconosca l'importanza delle politiche di *welfare*, va rilevato che il provvedimento del “Baby bonus” resta un aiuto irrisorio. La questione della denatalità viene ridotta all'aspetto “patologico” dell'infertilità, piuttosto che disarticolarla come significante sociale, ricalcando così una modalità non nuova di produrre egemonia attraverso la medicalizzazione (PIZZA G. 2014: 27, COSMACINI G. 1987). E, comunque, le politiche sanitarie pubbliche restano inadeguate ad affrontare e risolvere il problema. I lavori del tavolo consultivo insediato dalla ministra Lorenzin hanno trovato una prima compiuta espressione nell'elaborazione di uno studio di 127 pagine che ha posto le basi per la successiva pubblicazione, nel maggio 2015, del documento ministeriale intitolato *Piano Nazionale per la fertilità*⁽⁵⁾.

Se lo studio preparatorio sembra essere frutto di uno sforzo analitico più o meno accurato che tiene conto di diversi aspetti della questione - come ad esempio il quadro giuridico dei principi costituzionali ed europei che tutelano la maternità e la famiglia, le recenti indagini ISTAT ed EUROSTAT sui tassi di natalità e di fecondità totale⁽⁶⁾, l'impatto economico della denatalità, l'atteggiamento sociale e psicologico verso la procreazione⁽⁷⁾, le questioni fisiologiche e patologiche associate alla fertilità, inclusa la tutela e la conservazione della fertilità nel paziente oncologico, le tecniche di Procreazione medicalmente assistita – bisogna constatare che invece nella comunicazione del *Piano Nazionale per la fertilità*, promossa dal Ministero della Salute, molti aspetti dello studio precedente vengono trascurati e semplificati, se non addirittura enfatizzati in chiave ideologica.

Lo si capisce fin dalla premessa del documento finale pubblicato dal Ministero dove si legge che lo scopo del *Piano* è «collocare la Fertilità al centro delle politiche educative del Paese». A tal fine esso, oltre a informare i cittadini e fornire loro assistenza qualificata, si prefigge di: «operare un

capovolgimento della mentalità corrente volto a rileggere la Fertilità come bisogno essenziale non solo della coppia ma dell'intera società, promuovendo un rinnovamento culturale in tema di procreazione» e «celebrare questa rivoluzione culturale istituendo il *Fertility Day*, Giornata Nazionale di formazione e informazione sulla fertilità, dove la parola d'ordine sarà scoprire il "Prestigio della Maternità"»⁽⁸⁾.

Sebbene nelle premesse si agogni un necessario "rinnovamento culturale", una vera e propria "rivoluzione culturale", solo qualche pagina più avanti si prendono immediatamente le distanze dai fattori culturali e sociali della questione, precisando che l'analisi di questi fattori "esula dal Piano della Fertilità", pur riconoscendo che questi "meriterebbero di essere approfonditi con attenzione" (MINISTERO DELLA SALUTE, *Piano Nazionale per la fertilità*: 2). Si enfatizzano soprattutto gli obiettivi sanitario-assistenziali del Piano, partendo dal presupposto che la salute riproduttiva sia "alla base del benessere fisico, psichico e relazionale dei cittadini". Viene promossa una vera e propria "educazione sanitaria alla fertilità", strutturando una precisa "didattica riproduttiva" attraverso un progetto formativo che coinvolge il Ministero dell'Istruzione, le Università, le scuole di ogni ordine e grado, le farmacie, le Aziende sanitarie, i consultori. E si insiste sulla maternità come "valore positivo" da recuperare, perché portatore di "prestigio sociale" per le donne e capace di accrescere la loro "intelligenza creativa", «la maternità sviluppa l'intelligenza creativa e rappresenta una straordinaria opportunità di crescita. L'organizzazione ingegnosa che serve a far quadrare il ritmo delle giornate di una mamma, la flessibilità necessaria a gestire gli imprevisti, la responsabilità e le scelte implicite nel lavoro di cura, le energie che quotidianamente mette in campo una madre sono competenze e potenziali ancora da esplorare e capire come incentivare e utilizzare al rientro al lavoro» (MINISTERO DELLA SALUTE, *Piano Nazionale per la fertilità*: 20).

Ma la maternità non è solo proposta come un'esperienza gratificante per le donne e vantaggiosa per i loro datori di lavoro, è soprattutto definita un "bene comune".

Così i "corpi-specie"/"corpi-macchina" dei cittadini italiani sembrano essere predestinati alle riproduzione per dovere sociale più che per libera scelta, obbligati a rispondere a istanze statistiche di emergenza demografica, dunque a strategie economico-politiche - più che a passioni e desideri personali. E in queste derivate esasperate della bio-politica contemporanea la fertilità diventa uno strumento discriminante, una nuova soglia che articola e separa ciò che dentro da ciò che è fuori (AGAMBEN G.

2005 [1995]: 145), ciò che è buono da ciò che è cattivo da pensare per il bene della Nazione.

Nel contesto attuale dei comportamenti riproduttivi degli italiani sembrano di fatto emergere due tendenze opposte. Se da una parte si registra un calo vertiginoso della natalità, dall'altra si riscontra invece un incremento del desiderio di genitorialità, in particolare da parte delle donne, disposte a sfidare la natura e la legge facendo ricorso alle più avanguardistiche tecniche fecondative pur di diventare madri.

Pur non essendo l'unica e probabilmente nemmeno la più decisiva causa della denatalità, l'emergenza infertilità non è tuttavia trascurabile.

In un testo del 2013, intitolato *Infertilità di Stato. Il desiderio di maternità fra legge 40 e viaggi della speranza* (AIELLO R. - PISTONE E. 2013), la sterilità – intesa ovviamente come patologia che riguarda coppie eterosessuali, unite in matrimonio o come coppie di fatto, secondo il modello tradizionale di famiglia nucleare – viene definita un vero e proprio “fenomeno sociale”. Secondo i dati ISTAT riportati dagli autori, il 30% delle coppie italiane è sterile e questo sarebbe persino un dato sottostimato perché calcolato solo in base alla percentuale delle coppie che si rivolgono in prima istanza a strutture mediche autorizzate alla pratica delle PMA, ovvero delle tecniche di Procreazione medicalmente assistita. (AIELLO R. - PISTONE E. 2013: 21).

Già nel marzo 2012 la *IV Indagine sul turismo procreativo*, condotta dall'omonimo Osservatorio, dimostrava che nel 2011 circa 4.000 coppie italiane si erano recate all'estero (soprattutto in Spagna, in Svizzera e nella Repubblica Ceca) per sottoporsi a trattamenti di fecondazione eterologa vietati in Italia o anche ad altri trattamenti di procreazione assistita consentiti dalla legge italiana⁽⁹⁾.

Il comma n. 3 dell'art.4 della legge n. 40, che regola dal 2004 la procreazione medicalmente assistita in Italia, ha vietato di fatto la pratica della fecondazione eterologa entro i confini nazionali fino al 9 aprile 2014, ovvero fino alla data della decisiva sentenza n. 162 della Corte Costituzionale, che ha definito tale divieto incostituzionale perché contrario al principio di uguaglianza e al diritto alla salute, legalizzando così la fecondazione con gameti esterni alla coppia a titolo gratuito per tutte le coppie eterosessuali infertili, anche se non affette da particolari patologie genetiche.

Per i giudici redattori della storica sentenza il desiderio di avere figli è da considerarsi: «espressione della fondamentale e generale libertà di autodeterminarsi e questa non può che essere incoercibile, anche quando

sia esercitata mediante la scelta di ricorrere alla tecnica di procreazione medicalmente assistita di tipo eterologo»⁽¹⁰⁾.

L'art. 13 della legge 40/2004 era già stato in parte modificato nel 2009 da un'altra sentenza della Corte Costituzionale (n. 151/09) che eliminava l'obbligo di inseminare massimo tre ovociti e quello di trasferire tutti gli embrioni, consentendo quindi la crioconservazione di questi ultimi.

Dopo la sentenza dell'aprile 2014, secondo dati forniti dall'Osservatorio del turismo procreativo, si è registrato anche in Italia un notevole incremento delle richieste di accesso alle donazioni di spermatozoi e ovociti nei centri di PMA.

Nel dicembre 2014 la ministra della salute Lorenzin ha anche proposto l'inserimento della PMA, sia omologa che eterologa, nei "Livelli essenziali di assistenza" (LEA), ovvero fra le prestazioni e i servizi che il Servizio sanitario nazionale è tenuto a fornire a tutti i cittadini, gratuitamente o dietro pagamento di una quota di partecipazione (*ticket*), ma intanto le associazioni a sostegno delle coppie infertili hanno evidenziato alcune criticità nell'applicazione della nuova sentenza, individuandole soprattutto nella mancanza di adeguate linee guida e nella sperequazione del trattamento sanitario fra le diverse Regioni. Come ha affermato Antonino Guglielmino, direttore dell'Istituto di medicina e biologia della riproduzione UMR-Hera di Catania «[...] in Italia il 37,4% dei cicli avviene in centri pubblici, il 27% in centri privati convenzionati e il 35,5% in centri privati»⁽¹¹⁾.

Contestualmente si è registrata la mancanza di donatrici italiane di ovuli, tanto che in pieno centro a Milano ha trovato spazio l'Institut Marquès, una succursale dell'omologa clinica di Barcellona che offre un programma chiamato *Just For Transfer*. Le pazienti possono fare in loco le visite mediche, le ecografie di controllo e far congelare il campione di seme che in seguito sarà spedito al laboratorio di Barcellona, dove sarà poi fecondato con ovociti donati da donne spagnole. Così le pazienti dovranno recarsi a Barcellona solo per il trasferimento degli embrioni nel proprio utero, evitando i costi di una lunga permanenza in città⁽¹²⁾.

Mentre il Ministero della salute e il Parlamento stanno ancora elaborando una normativa che possa regolamentare la donazione, l'anonimato dei donatori, la loro eventuale retribuzione, il numero massimo di gameti donati, la possibilità di scelta delle caratteristiche fenotipiche del donatore, molte Regioni italiane si sono autoregolamentate scavalcando governo e Parlamento. La Regione Toscana, ad esempio, ha applicato la sentenza

della Corte Costituzionale dando il via libera alla fecondazione eterologa con il pagamento di un *ticket* di 500 euro⁽¹³⁾.

I centri privati di procreazione assistita hanno inoltre cominciato ad acquistare pagine sui principali quotidiani nazionali per pubblicizzare i propri trattamenti. Fra questi il *Social Egg Freezing* che «permette il congelamento degli ovociti per bloccare l'orologio biologico della donna, proteggendone così il potenziale riproduttivo e moltiplicando le sue chance per la maternità»⁽¹⁴⁾. In pratica, dando scacco alla natura, ogni donna può assicurarsi “il diritto di fare figli secondo i propri tempi” procrastinando la maternità senza incorrere nel rischio infertilità.

L'emergenza infertilità non è comunque un problema che riguarda solo le donne, perché anche fra gli uomini sembrerebbe essere in aumento. Come ha evidenziato la genetista Aarathi Prasad in un testo del 2014 significativamente intitolato *Like a Virgin. How Science is Redesigning the Rules of Sex* – e altrettanto significativamente tradotto in italiano con il titolo *Storia naturale del concepimento* – «secondo alcuni scienziati, il cromosoma Y, quello che rende l'uomo fertile e un embrione maschio, starebbe lentamente e inesorabilmente morendo» (PRASAD A. 2014 [2012]: 12). Le sue previsioni sono forse apocalittiche, ma di fatto negli ultimi tempi l'infertilità maschile è oggetto di grande attenzione e i media contribuiscono a detabuizzare il problema. In diversi paesi è iniziata la distribuzione dello *Sperm Check*, un test fai da te utile a misurare la concentrazione di spermatozoi nel liquido seminale, e sono stati avviati progetti come *Ecofoodfertility it* – ideato dall'andrologo Luigi Montano – grazie al quale il seme maschile diventa un sensore utile a valutare l'impatto dell'inquinamento ambientale sulla funzione riproduttiva e la salute dell'uomo⁽¹⁵⁾.

Nel testo della Prasad viene descritto un futuro avveniristico dove sarà addirittura possibile procreare fuori dalla provetta, fuori dal tempo e soprattutto fuori dal corpo delle donne che, grazie a uteri artificiali, potranno riuscire prima o poi a fare figli “come delle vergini”.

Sul terreno etnografico: “melanconia della sterilità” fra medicina e miracolo

I dati recenti sul moltiplicarsi dell'offerta del mercato biomedico e tecnologico in campo riproduttivo aprono nuovi scenari d'indagine anche rispetto alle prospettive e agli orientamenti messi in luce da alcuni interessanti studi antropologici in materia di contrazione della natalità italiana, politiche della fertilità e processi di cambiamento dei ruoli femminili.

Riferimenti bibliografici imprescindibili restano in tal senso il volume *Maternità, identità, scelte. Percorsi dell'emancipazione femminile nel Mezzogiorno* a cura di Anna Oppo, Simonetta Piccone Stella e Amalia Signorelli, pubblicato a Napoli per le edizioni Liguori nel 2000, e un altro volume collettaneo, pubblicato sette anni più tardi per le edizioni Guerini Scientifica, dal titolo *Non son tempi per far figli* a cura di Fulvia D'Aloiso – con una incisiva postfazione di Amalia Signorelli – oltre al già citato saggio pubblicato sempre nel 2007 sull' "American Anthropologist" a cura di Elizabeth L. Krause e Milena Marchesi dal titolo *Fertility Politics as Social Viagra: Reproducing Boundaries, Social Cohesion, and Modernity in Italy*.

Questi saggi, nati sull'onda dei dibattiti sulla bassa natalità italiana e di quell'emergenza che i demografi definivano "patologica" nei modelli riproduttivi (SGRITTA 2003: 65; LIVI BACCI 2001: 147) ritenute causa di un temuto "impoverimento generale della società", (LIVI-BACCI 2001: 142) esaminavano l'idea di famiglia in relazione alla modernità, nonché i valori e le trasformazioni sociali alla base dei cambiamenti nei comportamenti riproduttivi.

Il presente contributo si propone di approfondire l'analisi di una concezione della maternità che sembra porsi in contro-tendenza rispetto al calo demografico e che nella maggior parte dei casi analizzati sembra essere anche lontana da quella percezione di inadeguatezza «nata dal divario fra il non voler essere e il dover essere madri per convenzione e responsabilità sociale», vissuta da molte donne impegnate a conciliare maternità e lavoro, che Amalia Signorelli definiva "melanconia della maternità" (SIGNORELLI A. 2007: 181). Sul mio specifico campo di ricerca, presso il Santuario di Santa Maria Francesca delle Cinque Piaghe a Napoli, ho raccolto testimonianze di donne intente invece a perseguire un modello fortemente tradizionale di famiglia, che intendono i figli come «coronamento e compimento della perfetta unione genitoriale» (SIGNORELLI A. 2007: 182) e non riescono a concepire la piena realizzazione di sé senza immaginarsi anche nel ruolo di madri, talvolta anche antepoendo questo ruolo a quello di mogli, ovvero antepoendo il desiderio di maternità a quello di trovare un compagno con il quale condividere la genitorialità.

Il mio campo d'indagine è stato focalizzato dunque su una tendenza che si potrebbe definire piuttosto come "melanconia della sterilità".

L'indagine di campo è stata condotta fra le donne con problemi di infertilità che si recano presso la casa-Santuario di Santa Maria Francesca, in vico tre Re a Toledo, nei Quartieri Spagnoli, per chiedere alla Santa la grazia di restare incinte. L'etnografia, iniziata nell'ottobre 2012, è stata

condotta praticando l'osservazione partecipante e raccogliendo testimonianze dirette dalle donne, e talvolta anche dai loro compagni, giunti al santuario napoletano da ogni parte d'Italia e anche dall'estero, per sottoporsi al particolare rituale della benedizione che prescrive di sedere sulla sedia che appartenne alla Santa, assistiti in preghiera da una suora preposta ad officiare il rituale di benedizione.

Nella maggior parte dei casi il rituale compiuto presso la casa-santuario di Maria Francesca delle cinque piaghe non è considerato dai devoti un «itinerario terapeutico» (PIZZA G. 2005: 185-199) alternativo al percorso biomedico di protocollo per la cura dell'infertilità di coppia, ma si configura piuttosto come una tappa supplementare e coadiuvante di quello stesso percorso terapeutico e questo fa emergere in questa particolare devozione un'interessante circolarità culturale che tiene insieme scienza e fede, medicina e miracolo.

Le donne che arrivano al santuario hanno diversa estrazione sociale e livelli di alfabetizzazione eterogenei. La maggior parte di esse rivela un elevato grado di consapevolezza medico-anatomica. Molte hanno già passato una o più d'una delle tappe previste dal protocollo biomedico della Procreazione medicalmente assistita: la stimolazione ovarica, la selezione ovocitaria, l'impianto dell'embrione attraverso la fecondazione in vivo o in vitro⁽¹⁶⁾.

Alcune – sfidando i limiti imposti dalla Legge 40/2004 solo recentemente aboliti – hanno anche provato la strada del cosiddetto “nomadismo procreativo”, ovvero della fecondazione eterologa all'estero, oppure sono in lista per sottoporsi finalmente al trattamento in Italia. Si recano dunque al santuario di Santa Maria Francesca dopo aver avuto un responso medico di infertilità più o meno definitiva, per propiziare il buon esito di una tecnica procreativa o talvolta, dopo aver fallito tutte le strade possibili, anche per propiziare il buon esito di una pratica di adozione.

Adele, una delle prime testimoni che ho incontrato presso la casa-santuario, mi ha spiegato la *potentia* della santa napoletana asserendo: «La fede arriva dove la scienza non può!». Mi ha raccontato poi di aver portato qui tre delle sue amiche più care che non riuscivano ad avere figli e che tutte sono rimaste incinte dopo poco tempo. Ha aggiunto di aver lavorato in uno studio ginecologico per diversi anni e che più volte ha visto fallire le cure mediche per l'infertilità e le procedure di fecondazione assistita, ma che mai ha visto fallire Santa Maria Francesca. «L'importante – secondo Adele – è sedersi su quella sedia con devozione sincera». È stata lei ad avvicinare me, presentandosi come una devota affezionata e dicendomi

che viene qui almeno una volta al mese per sedersi sulla “sedia miracolosa” e sottoporsi al particolare rituale di benedizione praticato dalle suore. Adele non è sposata e non ha un compagno, ma le piacerebbe «incontrare l'uomo della sua vita e mettere su famiglia». Nel congedarsi – dando per scontato che anche io fossi lì per chiedere alla Santa “la grazia di un figlio” – mi ha raccomandato di pregare molto e di comprare dalle suore il fazzoletto benedetto da tenere ogni notte sotto il cuscino⁽¹⁷⁾.

Il particolare rituale a cui le devote accompagnate dai propri mariti e consorti si sottopongono può essere compreso e descritto in termini di “efficacia simbolica” (LÉVI-STRAUSS C. 1958).

La casa-santuario di Maria Francesca delle Cinque Piaghe è annessa a una piccola chiesa.

Dopo avere assistito alla celebrazione eucaristica, i devoti salgono al secondo piano dell'edificio e si dispongono in fila aspettando il proprio turno per potersi sedere sulla sedia che appartenne alla santa e ricevere la benedizione. Questa viene impartita con uno speciale reliquiario che contiene una ciocca di capelli e un frammento dello sterno della Santa da una delle suore che abitano il terzo e il quarto piano del santuario⁽¹⁸⁾. La formula liturgica, più o meno fissa, recitata dalla suora che pratica la benedizione, è la seguente:

«Per il patrocinio e per i doni ricevuti da Santa Maria Francesca, per sua intercessione, ti benedico in nome della Madonna e di sua madre Sant'Anna e in nome della Famiglia di Nazaret, affinché ti sia concesso il dono prezioso della maternità».

Le suore richiamano nell'atto della benedizione la Madonna e Sant'Anna, affermando così che la funzione di Santa Maria Francesca sia quella di una potenza vicaria e mediatrice presso altre potenze divine. Si tratta in realtà di una doppia mediazione che passa attraverso il potere d'invocazione delle suore benedicensi e poi attraverso quello della Santa, ma le devote attribuiscono anche alla sedia una funzione magico-terapeutica.

Maria Francesca è una santa guaritrice, quindi una figura potente che può operare al di fuori e al di sopra dell'ordine naturale, purché lo voglia: quello che le si chiede è di manifestare la sua potenza in cambio di offerte e voti, in un rapporto che è di tipo contrattuale. E quello che ci si aspetta dal rituale, dalla devozione, dalla pratica religiosa è che sia efficace, che serva cioè ad ottenere la grazia della guarigione (RIVERA A. 1988: 278). A Santa Maria Francesca si chiede soprattutto di essere guariti dall'infertilità, ma non solo questo.

Come le ossa e i capelli della Santa, anche la sedia è una reliquia a tutti gli effetti perché – come ha scritto Jean Michel Sallmann – è un oggetto metonimico, rappresenta il corpo della santa (SALMANN J.M. 1984: 84). Su quella sedia Maria Francesca riceveva i devoti quando era ancora in vita o trovava brevi momenti di sollievo dopo le pratiche mortificatorie quotidiane a cui sottoponeva il suo corpo. La sedia diventa dunque la sede del sacro tangibile, è il segno della *presentia* della santa e più di qualunque altra reliquia permette alle devote un contatto reale un vero e proprio “corpo a corpo” con la santa, una sorta di incorporazione del sacro.

Ci sono nella casa-santuario molti altri oggetti ai quali potremmo riconoscere lo statuto di reliquie: le bende e i guanti con cui la santa copriva le sue stimmate, le cordicelle, i cilici, le catene con le quali si fustigava, i materassi dove patì le frequenti malattie negli ultimi anni della sua vita, le stoffe ricamate con le sue mani, ma queste reliquie sono protette da spesse teche in vetro e hanno perciò una statuto diverso dalla sedia, sono *exempla* da ammirare, segni della *potentia* più che della *presentia* della santa. La sua *potentia* è rappresentata inoltre dalle innumerevoli coccarde rosa e azzurre – recanti i nomi di bambini nati per intercessione della santa e battezzati con il suo nome – che coprono fino all'*horror vacui* le pareti di una delle stanze della sua casa. Le coccarde sono portate dai genitori miracolati in forma di *ex-voto*. Segni ancora più concreti del suo potere sono gli *ex-voto* viventi che arrivano a renderle grazia, e cioè i bambini nati per sua intercessione che vengono portati al santuario per ricevere la benedizione.

Le donne sono spesso accompagnate dai propri mariti o consorti e anche gli uomini si sottopongono al particolare rituale della seduta e della benedizione. Anzi gli uomini – secondo Suor Gemma – devono sedersi per primi perché sono loro che detengono il “dono”, il “seme”, il “fiore” della procreazione.

Nel considerare la scintilla vitale racchiusa nei gameti maschili Suor Gemma rivela un pregiudizio che potremmo definire di stampo aristotelico⁽¹⁹⁾, e lo rafforza ricorrendo ad una gerarchia di genere tratta dal *Libro della Genesi* secondo la quale Dio avrebbe creato prima l'uomo e poi la donna. Ma le coppie che si sottopongono al rituale fanno benissimo che i gameti maschili e quelli femminili partecipano in egual misura alla procreazione del feto.

Una delle donne che ho incontrato mi ha raccontato di aver conosciuto Santa Maria Francesca proprio attraverso il suo ginecologo, di aver visto

per la prima volta un'immagine della santa nello studio di questo medico che la tiene in mostra, dietro le sue spalle, come una sorta di nume tutelare.

Il medico in questione è un noto professionista napoletano, è co-autore di numerose pubblicazioni a carattere scientifico, autore di un capitolo di un importante manuale di ostetricia e ginecologia sulle tecniche di fecondazione assistita. È stato organizzatore, docente e relatore in diversi simposi scientifici internazionali ed ha al suo attivo l'organizzazione di oltre 1000 cicli di PMA e l'esecuzione di oltre 500 prelievi ovocitari che hanno avuto esito positivo. Si potrebbe dire, dunque, che egli agisca al confine fra diversi ambiti della realtà mettendo in atto con competenza e professionalità tutte le più aggiornate tecniche biomediche procreative senza escludere – anzi pubblicizzandola come coadiuvante – la possibilità dialettica con altre risorse simboliche, altri dispositivi di efficacia alla portata delle sue pazienti come, nello specifico, il ricorso alla Santa, superando così i limiti di una relazione terapeutica troppo tecnica, e accorciando la distanza sociale e culturale con le pazienti. Anche altri ginecologi napoletani hanno affermato di aver conosciuto il culto di Santa Maria Francesca dalle testimonianze delle proprie pazienti.

Ma perché il rituale della seduta si rivela così efficace? Come lo descrivono le devote?

Dai racconti delle testimoni emerge il bisogno di superare una percezione eccessivamente medicalizzata della maternità e del proprio corpo indotta dagli estenuanti itinerari terapeutici a cui si sottopongono, a scapito della dimensione emozionale del desiderio di diventare madri. I corpi delle aspiranti madri che si sottopongono alla procreazione medicalmente assistita sono corpi smembrati dai saperi, oggettivizzati dalla scienza medica, e spesso restituiti alla responsabilità delle rispettive detentrici con una diagnosi di incapacità procreativa più o meno motivata. Il malessere che queste donne devono gestire diventa di tipo identitario. Si percepisce spesso nelle loro parole un senso di frustrazione nel sottoporsi ai trattamenti medici, dovuto a un allontanamento forzato dalla condizione che loro definiscono “naturale” dell'essere donna: «Mi sono iscritta al programma per l'inseminazione del Policlinico [...] ma poi non ho voluto continuare. Te la vendono come una cosa semplice, non pericolosa, ma invece non è così [...] e poi una cosa è aspettare con naturalezza il mese che va e viene, e un'altra se ci metti la speranza in questi trattamenti e questa viene delusa»⁽²⁰⁾.

Molte descrivono l'esperienza medica vissuta come un calvario:

«Dopo la diagnosi di infertilità iniziò quello che io chiamo “il calvario” perché è un percorso molto duro a livello fisico e a livello psicologico,

perché cominci a fare tutte le analisi del mondo, ti rovesciano come un calzino e alla prima analisi sballata che esce ti dicono che non puoi procedere con la fecondazione. E siccome la fecondazione è soprattutto una lotta contro il tempo, ogni ostacolo si vive come una sconfitta tremenda. Più anni passano, meno diventano gli ovuli della donna e più invecchiano gli spermatozoi. Prima c'è la fase della stimolazione. Forzano l'ovulazione con gli ormoni. Prendi pillole ogni quattro ore. Quando vedono che stai per produrre tutti gli ovociti ti portano in sala operatoria, dove ti fanno il prelievo degli ovociti sotto anestesia. Mi ricorderò sempre il dott. Gargiulo che faceva queste operazioni ed era abituato a vedere donne dalla mattina alla sera, come se fossero galline in un pollaio, eppure, prima di iniziare mi accarezzò la faccia, sentì la mia emotività e mi diede molta forza. Dopo l'operazione ti mandano a casa. Contemporaneamente alla tua operazione, l'uomo viene invitato a produrre gli spermatozoi e poi si lascia tutto alla biologa. In quella fase avevo 36 anni e avevo prodotto solo 7 uova, appunto come le galline. Dopo l'intervento inizia il momento secondo me più brutto perché è quello dell'attesa. L'attesa di sapere se, dopo che la biologa ha iniettato lo sperma nell'uovo, l'embrione si forma. Passano tre giorni dopo l'operazione per avere questa fatidica telefonata ed essere convocati se si sono formati gli embrioni. Mi dissero che si erano formati tre embrioni di tipo A, bellissimi. Ce ne sono di tre tipi: quello C che è una schifezza, poi il tipo B che è medio e quello A, il migliore. In clinica inizia la seconda fase. Ti mettono su un lettino e ti mostrano in monitor quelli che dovrebbero essere i tuoi figli»⁽²¹⁾.

Nel momento in cui siedono sulla sedia di Santa Maria Francesca le donne sembrano riappropriarsi della speranza e dell'intimità col proprio corpo, lo demedicalizzano. Il feto che hanno finora pensato solo come un «prodotto calcolato in base alle probabilità» (DUDEN B. 1994 [1991]: 20), torna ad essere un «bambino sperato» (DUDEN B. 1994 [1991]: 20), riacquista un'aura di sacralità. In termini di efficacia riusciamo a comprendere gli effetti del rituale di benedizione e del contatto con la sedia facendo riferimento alle parole delle donne che raccontano la propria esperienza: «La prima volta che mi sono seduta qui ho sentito un forte calore interiore, una grande pace, ho capito che non ero sola, che questa era la volta giusta e che tutto sarebbe andato bene» (Anna, 2 febbraio 2013); «Durante la benedizione ho provato un'emozione così forte da non capire niente, solo le lacrime coprivano il mio viso e nel mio cuore un'emozione fortissima e indescrivibile» (Rosa, 6 febbraio 2011); «Ho sentito una sensazione mai provata prima, come se il cuore si fosse ingrandito fino ad arrivarci in gola» (Lucia, 23 luglio 2014); «Sono venuta al Santuario due volte e la seconda volta che mi sono seduta sulla sedia ho sentito dentro di me un fuoco benefico» (Maria, 8 settembre 2011). I loro racconti ricordano vagamente la fenomenologia del sacro di alcune esperienze mistiche, le immagini ricorrenti del «fuoco vivo», del «calore intenso e rassicurante»

non sono così lontane dalla “Fiamma viva d’amore” di San Giovanni della Croce o del “dardo infuocato” di Teresa d’Avila. E si avvicinano molto al racconto dell’esperienza mistica vissuta dalla stessa Santa Maria Francesca. Nelle agiografie della Santa napoletana si legge infatti che il suo più ardente desiderio era quello di sentire e di accogliere nel proprio corpo il Figlio di Dio, di farsi tutt’uno con lui, anche a costo di atroci patimenti e sofferenze. L’utopia della santa mistica è quella di annientare se stessa, di “schiattà n’cuorpo”⁽²²⁾, di farsi paradiso sanguinante nell’accoglienza dell’Altro, del suo Figlio divino. E, proprio in questo “patire gioioso”, nella predisposizione all’accoglienza fino all’annientamento di sé, il corpo di Maria Francesca si può leggere anche come modello di corpo materno, e la sua esperienza come una forma di maternità mistica (SANITÀ H. 2014: 282-286). Il corpo della santa – come quello di una madre – diventa infatti, in questo senso, “teatro della ierofania di un idolo” (DUDEN B. 1994 [1991]). Quell’“idolo” che per le madri è il feto, per la santa è il Cristo, e in entrambi i casi esso si incarna in un’esperienza intima che diviene “luogo pubblico”. Entrambi, sia il figlio biologico che quello divino, diventano espressione della Vita come *sacrum* (DUDEN B. 1994 [1991]: 122) e Santa Maria Francesca si fa garante di un vero e proprio “biopotere”, quello stesso potere che le madri incarnano e che le donne desiderose di maternità bramano.

Certo le devote non conoscono questi aspetti dell’agiografia della Santa, ma potremmo dire che nel momento della benedizione, del contatto con le reliquie, le donne recuperino la dimensione invisibile e intangibile del mistero. Più foucaultianamente potremmo dire che in questo luogo non percepiscano più il proprio corpo come spietata “topia”, ma ricomincino a pensarlo come “luogo di utopia” (FOUCAULT M. 2008 [1966]) dove anche il miracolo diventa pensabile e possibile. Se dunque l’efficacia simbolica – come l’ha definita Claude Lévi-Strauss – non va considerata solo in base all’esito terapeutico, ma è parte di un processo che «mira a rendere sopportabili alla mente dolori che il corpo si rifiuta di tollerare» (LÉVI-STRAUSS C. [1958] 2009: 221), dovremmo dire che qui essa mira a rendere sopportabili al corpo “limiti” che la mente si rifiuta di tollerare⁽²³⁾.

E non è da trascurare l’efficacia terapeutica della dimensione comunitaria e condivisa di questo specifico rituale:

«Quello che ho visto qui (presso la casa santuario di Santa Maria Francesca) e che poi ho riscontrato anche nei centri di procreazione medicalmente assistita, è il fatto che qui ti senti capita, perché ci sono tutte donne che hanno il tuo stesso problema. Magari in quel momento tutte le tue amiche fuori sono incinte, invece qui ti senti sicuramente capita, compresa, com-

patita, perché ci sono persone consapevoli del calvario e della sofferenza che anche tu stai attraversando. Ci sono persone che aspettano da un anno, due, tre questo figlio che sperano possa arrivare. Ci sono anche coppie molto più giovani di te con lo stesso problema e questo ti incoraggia. Ti rendi conto che non sei sola in questo mondo triste»⁽²⁴⁾.

Anche le Figlie di Santa Maria Francesca, le suore che praticano la benedizione, svolgono un ruolo fondamentale perché accolgono le devote, le invitano a sedersi sulla sedia della Santa, e non si limitano a recitare una formula liturgica standardizzata. Sono predisposte all'ascolto e incoraggiano le donne a raccontare la propria esperienza. Il dialogo è anch'esso una forma di cura, nella misura in cui è efficace a rappresentare, a mettere in forma – attraverso le parole – l'esperienza della sofferenza, potremmo dire a ricodificarla, oltre la fredda terminologia della diagnosi biomedica, in una forma che recupera la relazione umana.

La seduta implica un “doppio affidamento”, ci si affida innanzitutto a una presenza umana, la suora officiante, e attraverso di lei – e per mezzo della sedia considerata miracolosa e del reliquiario contenente parti del corpo della Santa – a una presenza divina, Maria Francesca, che è deputata a intercedere presso la divina Provvidenza. Le coppie sono invitate a tenersi per mano durante la benedizione «perché l'energia possa circuitare» (Suor Anna, 23 luglio 2014).

Le suore che si alternano al rituale della benedizione si sentono predisposte a questa missione. «La mia posizione – mi dice suor Anna – è delicata perché qui devi assorbire le sofferenze di tutti, è un lavoro di pazienza che coinvolge il corpo e la testa». Suor Anna, ma anche le altre sorelle, Suor Bernardette, suor Gemma, Suor Vittoria, Suor Pasqualina sono capaci di una straordinaria empatia. Suor Anna, che ho visto più spesso in azione, si commuove al cospetto dei racconti, stringe le mani delle devote, le abbraccia. Ripete spesso che non è la sedia a fare miracoli ma che tutto dipende dal potere della fede e che bisogna “affidarsi”. Eppure sa che le devote hanno bisogno della sedia e rivolgendosi a loro definisce la seduta facendo ricorso a metafore eloquenti: «Sedere qui è come prendere una poppata spirituale [...]. Innanzitutto bisogna che tu partorisca tutte le tue pene». La suora, come uno sciamano, guida i devoti nell'esprimere e dare forma al proprio malessere e localizza il focolaio reale o simbolico della sofferenza di ognuno usando il reliquiario. Spesso invita le donne a spostare collane, sciarpe e qualunque altra cosa possa ostacolare il contatto diretto del reliquiario con il corpo: «Lo metto sul cuore, il cuore si apre e porta verso tutto [...] si diffonde nel corpo». Ma le sofferenze sono localizzate anche nella testa e nella pancia e il reliquiario tocca anche questi

luoghi fortemente simbolici. Molte delle donne che ho incontrato sono frequentatrici abituali del santuario, alcune tornano ogni giorno perché dopo la seduta dicono di sentirsi ricaricate di una nuova “energia”. Molte tornano per raccontare alle suore l’esito delle cure mediche e per aggiornarle sul proprio stato psico-fisico. Hanno voglia e bisogno di condividere la propria esperienza di sofferenza.

In quanto donna, non ho avuto difficoltà ad entrare in relazione con loro e a conquistare la loro fiducia, ma non è stato sempre facile conservarla quando gli ho rivelato che il mio non essere madre è frutto di una scelta consapevole⁽²⁵⁾.

Essere madri o non essere

Molte delle donne che ho intervistato, indipendentemente dal livello di alfabetizzazione, hanno spiegato il proprio desiderio di maternità come “naturale” adesione ad un determinismo di tipo biologico. Nei loro discorsi hanno spesso fatto riferimento all’istinto. Il mito dell’istinto materno che Simone de Beauvoir aveva decostruito già nel 1949 nel saggio *Le deuxième sexe*, torna prepotentemente sulla scena: «Ad un certo punto il tuo corpo ti dice che è scoccata l’ora x e senti che è il momento di diventare mamma» (Mara, 16 luglio 2014). Il desiderio di maternità viene definito “innato”, cioè congenito, e dunque non maturato come scelta attraverso l’esperienza di vita. Molte mi hanno detto di sentirsi “donne incomplete” senza un figlio, e molte hanno affermato con totale convinzione di essersi sentite madri fin da bambine. Secondo la maggior parte delle mie testimoni «mamme si nasce». Come hanno ribadito spesso, più o meno esplicitamente - essendo nate donne e dunque “madri”, si sentono chiamate a perpetuare il proprio destino biologico, a conseguire quel preciso ruolo sociale a qualunque costo.

I loro discorsi ci ricordano che «viviamo in una civiltà dove la rappresentazione “consacrata” (religiosa o laica) della femminilità è riassorbita dalla maternità» (KRISTEVA J. 1979 [1977]: 5).

Carla e Tina, due giovanissime amiche che ho incontrato al santuario mi hanno detto di essere venute per chiedere la grazia di diventare madri. Sono entrambe trentenni, hanno un lavoro ma vivono con i rispettivi genitori e dicono di sentire il “ticchettio del tempo che avanza”. Non sono sterili, non hanno mai provato ad avere figli perché non vivono relazioni stabili, ma temono di restare “zitelle” e di invecchiare prima di riuscire a

diventare madri. Se non dovessero mai riuscirci – dicono – si sentirebbero “mutilate”, “inutili”.

Quasi tutte le donne che ho intervistato mi hanno raccontato sempre volentieri e senza riserbo la propria esperienza fallimentare della procreazione assistita, della tecnica sperimentata senza successo sul proprio corpo, me ne hanno fornito rappresentazioni ricche di particolari, elaborandone facilmente la fenomenologia e descrivendo dettagliatamente l'anatomia e il funzionamento deficitario dei propri organi riproduttivi interni. Questa estrema disponibilità e precisione sembra rivelare in alcuni casi l'esigenza di oggettivizzare la propria condizione patologica, di riformularne l'eziologia per poterla proiettare nello spazio sociale. Il racconto dell'esperienza medica vissuta senza aver conseguito un esito positivo è la dimostrazione dell'aver comunque provato ogni strada possibile verso il concepimento, e questo le deresponsabilizza e garantisce loro una forma di autoconsenso consolatorio, rafforzato dalla percezione di un più ampio consenso familiare e sociale.

Non voglio qui ridurre l'interpretazione del desiderio di maternità ad un problema di “falsa coscienza”. È vero che il desiderio di essere madri può essere indotto socialmente, ma ci sono state in proposito posizioni estreme del movimento femminista come quella di FINRRANGE (*Feminis International Network of Resistance to Reproductive and Genetic Engineering*): «La sterilità è un problema per le donne solo perché vivono in una società che le costringe a vedersi soltanto come madri potenziali. È l'incapacità delle donne a rappresentarsi altrimenti che determina il loro desiderio di utilizzare le tecnologie riproduttive per corrispondere a una visione così limitata di se stesse. Invece di incoraggiare le donne in questo senso, potremmo lavorare per trasformare la società in modo che le donne non pensino di dover essere solo delle madri [...] Qualcuno sostiene che la posizione medica riesce a intrappolare le donne nei suoi programmi perché le donne sterili hanno subito un tale lavaggio del cervello che farebbero qualsiasi cosa pur di avere figli» (BIRKE L. - HIMMELWEIT S. - VINES G. 1990: 90-92, CHARLESWORTH M. 1996 [1993]: 61). E non sono neppure condivisibili in tal senso alcune altre posizioni del femminismo che interpretano il ricorso alle tecniche procreative come totale asservimento della donna al “tecno-patriarcato” (MIES M. 1985).

La maternità resta di fatto un desiderio profondamente umano che può prescindere da ogni forma di condizionamento. Il ricorso alle tecniche procreative per vincere la propria infertilità deve essere inteso come un

esercizio di libertà, tanto quanto il ricorso alle tecniche contraccettive e abortive.

Alcune delle donne che ho intervistato, nel voler essere madri ad ogni costo, hanno rivendicato la necessità di esprimere la propria “creatività” e di non voler rinunciare alla possibilità che la natura ha riservato solo alle donne di “sentire la vita crescere dentro di sé” (Francesca, 25 maggio 2015). In nome dell’esercizio creativo di questo speciale potere sono disposte ad affrontare ogni tipo di sofferenza.

Siamo nell’era della tecnica, siamo *After Nature* (STRATHERN M. 1992), in una dimensione dove la nozione di possibilità precede quella dell’essere, dove ogni desiderio può essere soddisfatto, anche quello di riprendersi l’identità di madri quando la società la impone e la natura l’ha negata, ricostruendola artificialmente con l’aiuto delle tecniche procreative. E se le tecniche sono incerte o fallimentari, non si ha esitazione a rimettere la Natura nelle mani di Dio. Ma questa “eretica dell’amore” (KRISTEVA J. 1979 [1977]) che implica persino il coraggio di dichiarare guerra alla natura, non è sempre scevra da resistenze etiche. Se è vero che alcune donne sarebbero pronte a tutto pur di diventare madri, e che in alcuni casi sarebbero pronte a farlo anche da sole, con l’aiuto dell’eterologa e senza condividere questa responsabilità con un compagno, è anche vero che l’idea di maternità che è emersa più frequentemente dal campo di ricerca da me preso in esame è ancora fortemente ancorata a una concezione biologica della parentela e della famiglia, secondo la quale un figlio è da intendersi come il frutto dell’amore coniugale, il risultato della combinazione del DNA dei suoi genitori biologici. Si riscontra quindi una forte resistenza nei confronti della fecondazione eterologa, perché questa viene percepita come pericolosa. È esemplificativa in tal senso la testimonianza di Nadia «[...] c’è il rischio che tutti si ritrovino a essere fratelli di tutti, che due fratelli si sposino senza sapere di essere consanguinei»⁽²⁶⁾. La proibizione dell’incesto, la “struttura delle strutture” – come l’aveva definita Lévi-Strauss – mostra così, nelle trame dei discorsi, la sua elasticità e la sua resistenza irriducibile.

Non c’è la stessa resistenza per l’adozione che è l’alternativa ancora più praticata laddove non sia possibile ricorrere alla fecondazione omologa, perché in questo caso nessuno dei due genitori è implicato geneticamente nella procreazione e, diversamente da quanto accadrebbe con la fecondazione eterologa, si ricrea una condizione di parità fra i due genitori coinvolti nel legame di filiazione. L’importante per le coppie che scelgono la strada dell’adozione è potersi costituire come atomo di parentela, anche

solo in senso sociale, costruire simbolicamente una discendenza, lasciare taccia della propria memoria e del proprio amore. L'esercizio dell'amore è una motivazione ricorrente del desiderio di maternità in tutte le sue forme.

Quelle donne che ce l'hanno fatta e che sono ora chiamate ad esercitare la propria funzione materna fuori dal proprio corpo, oltre il legame biologico – consapevoli dunque della fatica che la dedizione assoluta e le cure continue al nuovo nato comportano – mi spiegano la maternità con termini che richiamano il prototipo della passione amorosa:

«Io non ci credo tanto a questa storia dell'istinto. Ci sono donne che non ce l'hanno, forse sono strane, forse lo fanno per la carriera, non lo so. Ma io penso sempre che i figli sono la nostra memoria. Quando non ci saremo più avranno il nostro ricordo. Ha senso fare sacrifici per loro. E poi è un amore incondizionato. Si scopre che cosa significa amare senza volere niente in cambio. Anche se tuo figlio ti farà soffrire tu accetti tutto e lo sai e questo io lo chiamo l'amore incondizionato» (Graziella, marzo 2015).

E proprio sulla maternità come “passione” ci invita ad interrogarci anche Julia Kristeva:

«[...] se la cultura moderna e soprattutto quella dei mass-media “sopravvalutano la gravidanza” e “l'aiuto alla procreazione”, è per evitare di doversi interrogare su questa passione materna - la sola, forse, che non è virtuale e soggetta a manipolazioni spettacolari, ma che è il prototipo del legame amoroso. Questo amore che sappiamo essere l'unico “sacro” in un mondo moderno che si confronta con l'inflazione delle religioni e la loro esplosione. Direi anche che, data la complessità della passione materna, le stesse madri sono coinvolte, più o meno inconsciamente, nel suo occultamento: esse preferiscono trarre vantaggio dalla sacralizzazione del ventre e dalla commercializzazione del “figlio perfetto”, del “re bambino”, piuttosto che chiarire i rischi e i benefici che questa passione ha per loro stesse, per il bambino, per il padre e per la società. Si comprende, dunque, che non c'è altro modo di accompagnare le prove bio-fisiologiche, economiche e ideologiche che la maternità comporta, [...] se non cercando di affrontare le ambiguità di questa passione». (KRISTEVA J. 2012).

Il desiderio, la passione amorosa, forse proprio per la loro indefinibilità, restano rifugi del “Sacro” meno governabili e meno oggettivizzabili della “Vita”. Se interpretate a partire da questi ideali non mercificabili, né la maternità, né l'istituzione della Famiglia possono essere facilmente ridotte a dogmi biologici o etico-religiosi.

La complessità della maternità si potrebbe forse meglio descrivere, dunque, ricorrendo alla nozione di *embodiment*, ovvero di “incorporazione” (CSORDAS T. 1994, PIZZA G. - JOHANNESSEN H. 2009).

La scelta della maternità può essere intesa come un modo di «vivere l'esperienza del corpo nel mondo», «di agire creativamente nel mondo trasformandolo» (PIZZA G. 2005: 37) perché oltre la carne e le ossa delle madri, effettive o potenziali, oltre la fenomenologia di questi corpi suscettibili di essere agiti dalla bio-politica, dalla biomedicina e dalla scienza, ci sono le dimensioni intangibili del desiderio e dell'amore, le "rappresentazioni" dell'esperienza materna, i modi di "agire" soggettivamente questa esperienza. Ma ogni madre, in potenza o in azione, è sempre parte di uno specifico contesto storico-sociale, in relazione con la presenza microfisica dello Stato⁽²⁷⁾ che, ricollocando la vita biologica al centro dei suoi calcoli, continua a riportare alla luce, e alla nostra attenzione, quel vincolo segreto che unisce il potere alla "nuda vita" (AGAMBEN G. 1995).

Note

* I risultati di questa indagine etnografica in una fase meno avanzata della ricerca sono stati presentati nel corso del convegno internazionale *Il Corpo in scena: rappresentazioni, tecniche, simboli*, Università di Padova 24-26 settembre 2013, ed elaborati in altri saggi da prospettive interpretative diverse, SANITÀ H. 2014, 2016a, 2016b.

⁽¹⁾ La ricerca è stata condotta dal CENSIS in collaborazione con la fondazione IBSS ed è stata presentata il 1 ottobre 2014 presso la Biblioteca del senato "Giovanni Spadolini" di Roma.

⁽²⁾ Il tavolo è presieduto dalla dott.ssa Eleonora Porcu del Policlinico Universitario S.Orsola Malpighi (Università di Bologna). Ne sono membri: prof. Carlo Alviggi (Università Federico II di Napoli); prof. Sergio Belardinelli (Università di Bologna); dott.ssa Maria Emilia Bonaccorso, giornalista professionista e capo servizio "Salute, Ambiente e Scienza" Agenzia Ansa di Roma; prof. Andrea Borini, presidente della Società italiana fertilità sterilità; prof. Giovanni Corsello (Università di Palermo) presidente Società italiana di pediatria; dott. Mauro Costa, Centro PMA Ospedale Evangelico di Genova; prof.ssa Marilisa D'Amico (Università degli Studi di Milano); prof. Salvatore Dessole (Università di Sassari); prof. Giacomo Faldella (Università di Bologna); dott.ssa Alessandra Kustermann dell'Irccs - Ospedale Maggiore Policlinico Mangiagalli e Regina Elena di Milano; prof. Antonio La Marca (Università di Modena); prof. Antonio Lanzone (Università Cattolica Roma); prof. Andrea Lenzi (Università La Sapienza di Roma); dott.ssa Lucia Lispi, Dirigente Statistico Ministero della salute; dott.ssa Lucia Lo Presti Direttore U.O.C. Ostetricia e Ginecologia, Nuovo ospedale di Lentini (SR); dott.ssa Rosanna Mariniello Dirigente Amministrativo del Ministero della salute; prof.ssa Laura Mazzanti (Università di Bologna); dott. Gianluca Monaco, psicologo; prof.ssa Assuntina Morresi (Università di Perugia); dott.ssa Annarosa Racca, farmacista, presidente Federfarma; dott. Alberto Revelli (Università di Torino); prof. Nicolino Rossi (Università di Bologna); dott. Vito Trojano, Direttore Dipartimento Donna Irccs Ospedale Oncologico; prof. Filippo Ubaldi Direttore Centri Genera PMA di Roma, Prof. Paolo Vercellini - Università Statale Milano, Prof. Enrico Vizza - (Università di Roma Tor Vergata) e Segretario SICO.

⁽³⁾ [Quotidianosanita.it](http://quotidianosanita.it) Governo e Parlamento, 1 ottobre 2014.

⁽⁴⁾ *Ibidem*.

⁽⁵⁾ Il Piano Nazionale per la Fertilità del Ministero della Salute è stato presentato il 25 maggio 2016, è pubblicato sul sito del Ministero, ed è scaricabile in pdf al link: http://www.salute.gov.it/imgs/C_publicazioni_2367_allegato.pdf (consultato il 24 settembre 2016).

⁽⁶⁾ In particolare si fa riferimento al rapporto annuale ISTAT 2014 che ha riscontrato la forte riduzione della natalità: oltre 42 mila nascite in meno in quattro anni con un tasso di crescita naturale negativo pari al valore di 1.4. (Il tasso di crescita naturale è dato dalla differenza fra il quoziente di natalità e il quoziente di mortalità espressi per mille abitanti). E al comunicato stampa Eurostat n. 108/2014 - 10 July 2014 che indica il valore del TFF per il 2013 pari a 1.39, dove per TFF si intende il Tasso di Fertilità Totale, ovvero il numero medio di figli per donna. Il dato è considerato allarmante perché è molto inferiore alla soglia di ricambio generazionale fissata a 2.1.

⁽⁷⁾ L'atteggiamento sociale e psicologico verso la procreazione è analizzato in relazione a fattori diversi come l'età della coppia, la professione, i ruoli di responsabilità, in particolare quelli femminili, gli effetti della crisi economica globale, il ritardo dell'uscita dalla famiglia d'origine, l'accresciuto livello di istruzione, la lunga durata del corso di studi, facendo anche riferimento al rapporto dell'Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico: OECD 2014 *Society at a Glance 2014* - "The crisis and its aftermath: a stress test for societies and for social policies", OECD Social Indicators, OECD Publishing, Paris.

⁽⁸⁾ Il *Fertility Day* è concepito come una giornata nazionale a cadenza annuale dedicata al tema della fertilità, utile a richiamare l'attenzione dell'opinione pubblica su questo tema. Inizialmente programmato per il 27 maggio 2016, viene poi posticipato al 22 settembre 2016 e annunciato sul sito del Ministero della Salute il 31 agosto con una campagna informativa che si basa su sei slogan estrapolati dai contenuti del testo del Piano Nazionale della Fertilità che, associati ad immagini anche piuttosto banali, diventano manifesti ideologici lapidari: "La bellezza non ha età. La fertilità sì"; "Datti una mossa! Non aspettare la cicogna"; "Prepara una culla per il tuo futuro"; "Genitori giovani. Il modo migliore per essere creativi"; "La fertilità è un bene comune"; "La Costituzione tutela la procreazione cosciente e responsabile". La campagna mediatica scatena immediatamente aspre critiche e polemiche che diventano virali. Tanto che la Ministra si vede costretta a oscurare il sito e ritirare dopo pochi giorni la campagna presentandone una nuova. Quest'ultima non sortisce comunque effetti migliori perché focalizza solo il tema della salute e contrappone stili di vita sani e cattive abitudini tingendosi addirittura di toni razzisti: le "cattive" abitudini sono associate a ragazzi di colore e quelle "buone" e salutari a giovani biondi e sorridenti. Di conseguenza la responsabile della comunicazione del Ministero della salute, Daniela Rodorigo, viene rimossa dal suo incarico e l'unica immagine associata al *Fertility Day* diventa un fiocco rosso che sormonta la frase "Parliamo di salute". Il testo del Piano Nazionale della fertilità non subisce intanto nessuna modifica sostanziale.

⁽⁹⁾ PINI V., *Fecundazione, 4000 coppie in fuga e la metà senza motivo*, "La Repubblica.it", 28 marzo 2012.

⁽¹⁰⁾ La sentenza n. 162 del 9 aprile 2014 è pubblicata in G.U., I° Serie Speciale n. 26 del 18/06/2014.

⁽¹¹⁾ Notizia Ansa dell'11 dicembre 2014 relativa al convegno "Pazienti infertili ed esperti incontrano le Istituzioni" tenutosi alla Camera dei deputati.

⁽¹²⁾ RAVIZZA S., *Eterologa senza donatrici, le cliniche estere arrivano in Italia*, Il Corriere. It, 6 febbraio 2015.

⁽¹³⁾ BOCCI M., TONACCI, F., *Eterologa, lo strappo dei governatori*, "La Repubblica", giovedì 4 settembre 2014, p. 23.

⁽¹⁴⁾ Pubblicità del centro Tecnobios Procreazine di Bologna, "La Repubblica", 30 agosto 2014, p. 65.

⁽¹⁵⁾ CICERONE P.E., *Caro, di che seme sei?* "D La Repubblica delle donne", 9 maggio 2015, pp. 83-84.

⁽¹⁶⁾ Le tecniche di Procreazione Medicalmente Assistita (PMA) si distinguono in tecniche in "vivo" e in "vitro". Le tecniche in vivo prevedono l'introduzione degli spermatozoi, opportunamente selezionati, direttamente nella cavità uterina o nelle tube. Quelle in vitro, cioè all'esterno del corpo femminile, sono procedure che prevedono il prelievo ecografico degli ovociti e la loro successiva fecondazione esterna come la FIVET (Fertilizzazione in vitro con embryo transfer) ICSI (Intracytoplasmatic Sperm Injection). Nel caso della FIVET l'ovocita e gli spermatozoi sono lasciati

interagire naturalmente in una capsula. Con la ICSI lo spermatozoo è iniettato nell'ovocita con un particolare ago forzando la fecondazione. AIELLO R. (2013).

⁽¹⁷⁾ Da una conversazione con la sig.ra Adele svoltasi il 2 febbraio 2013 presso la casa-santuario di Santa Maria Francesca in vico tre Re a Toledo.

⁽¹⁸⁾ I loro nomi sono Anna, Bernardette, Gemma, Giuliana, Grazia, Luisa, Pasqualina, Vittoria, e fanno parte della Congregazione delle Figlie di Santa Maria Francesca.

⁽¹⁹⁾ Nel trattato *De generatione animalium* Aristotele propone una teoria sulla divisione sessuale nella riproduzione secondo la quale il maschio fornirebbe la "forma" e la femmina la "sostanza", ovvero la materia fisica da cui il figlio sarebbe «scolpito». La forma sarebbe naturalmente superiore alla materia: il seme maschile detterebbe la forma del bambino, come un cesello dà forma alla statua, senza far parte del prodotto finale.

⁽²⁰⁾ Da una conversazione con la sig.ra Marianna A. svoltasi il 16 luglio 2014 presso la casa-santuario di Santa Maria Francesca in vico tre Re a Toledo.

⁽²¹⁾ Da una conversazione con la sig.ra Graziella del 27 marzo 2015.

⁽²²⁾ Interrogata un giorno su quale virtù più le piaceva Santa Maria Francesca rispose: «Me piaceno tutte [...] ma cchiù assai chella 'e schiatta 'ncuorpo» (mi piacciono tutte ma di più quella di scoppiare nel corpo, di annientarsi nel nome di Cristo), in LAVIOSA B. Vita (1867 [1805]): 75).

⁽²³⁾ Sui dispositivi di efficacia PIZZA G. (2005: 203-216).

⁽²⁴⁾ Da una conversazione con la sig.ra Graziella del 27 marzo 2015.

⁽²⁵⁾ Il mio essere donna ma non madre (per scelta consapevole) rende la soggettività dell'antropologa ancor più direttamente parte integrante del campo in questa specifica ricerca e forse la mia curiosità verso il desiderio di maternità è stata innescata proprio da *phantasme* personali. Ho scelto perciò di adottare una postura dialogica e di esplicitare la mia posizione alle interlocutrici quando da loro richiesto, non certo per rivendicare il riconoscimento della mia identità, ma per poterne poi valutare criticamente i possibili condizionamenti sull'esperienza e sull'interpretazione. Ho cercato dunque di riprodurre sempre situazioni comunicative il più possibile vicine all'"interazione quotidiana" (OLIVIER DE SARDAN J.P. 1995, ROSSI C. 2003: 69-92) e lontane dal modello dell'intervista strutturata, e di ricostruire così una polifonia del desiderio di maternità.

⁽²⁶⁾ Da una conversazione con la sig.ra Nadia svoltasi presso il Santuario di Santa Maria Francesca il 17 giugno 2015. Nadia (43 anni) è accompagnata da Giampiero (39 anni), sono conviventi e arrivano dalle Marche. Entrambi lavorano come tecnici di laboratorio in ospedale e stanno per iniziare un percorso di procreazione medicalmente assistita.

⁽²⁷⁾ Sulle relazioni fra processi di incorporazione e "stateness" si veda PIZZA G. - JOHANNESSEN H., *Two or three things about Embodiment and the State*, "AM" Rivista della Società italiana di antropologia medica, n°27-28, ottobre 2009, pp. 13-20.

Bibliografia

- AGAMBEN Giorgio (2005 [1995]), *Homo sacer. Il potere sovrano e la nuda vita*, Einaudi, Torino.
- AIELLO Raffaele - PISTONE Espedito (2013), *Infertilità di stato. Il desiderio di maternità fra legge 40 e viaggi della speranza*, Iuppiter Edizioni, Napoli.
- AMBRASI Domenico (1991), *Maria Francesca delle Cinque Piaghe: una Santa della Restaurazione*, pp. 159-284, in "Campania Sacra. Rivista di Storia sociale e religiosa del Mezzogiorno", vol. 22 n. 2 1991.
- BIRKE Lynda - HIMMELWEIT Susan - VINES Gail (1990), *Tomorrow's Child: Reproductive Technologies in the 90's*, Virago, London.
- CHARLESWORTH Max, (1996 [1993]) *L'etica della vita. I dilemmi della bioetica in una società liberale*, Donzelli editore, Roma. Traduz. dall'inglese a cura di Giovanni Gozzini [ediz. orig.: *Bioethics in a Liberal Society*, Cambridge University Press, s.l, 1993].

D'ALOISO Fulvia (curatrice) (2007) *Non son tempi per fare figli. Orientamenti riproduttivi nella bassa fecondità italiana*, Guerini Scientifica, Milano.

DE BEAUVOIR Simone (2012 [1949]) *Il secondo sesso*, Traduz. dal francese di Roberto Cantini e Mario Andreose, prefazione di Julia KRISTEVA, Il Saggiatore, Milano [ediz. orig.: *Le deuxième sexe*, Editions Gallimard, Paris, 1949].

DUDEN Barbara (1994 [1991]), *Il corpo della donna come luogo pubblico. Sull'abuso del concetto di vita*, Traduz. dal tedesco di Gina Maneri, Bollati Boringhieri, Torino [ediz. orig.: *Der Frauenleib als öffentlicher Ort. Vom Mißbrauch des Begriffs Leben*, Luchterland Literaturverlag GmbH, Hamburg-Zürich, 1991].

FOUCAULT Michel (2008 [1966]), *Il corpo, luogo di utopia*, Traduz. dal francese di Gloria Origgi, Nottetempo, Roma [tit. orig.: *Le corps, lieu d'utopie*, 1966].

FOUCAULT Michel (2009 [1976]), *La volontà di sapere. Storia della sessualità I*, Traduz. dal francese di Pasquale Pasquino e Giovanna Procacci, Feltrinelli, Milano [tit. orig.: *La volonté de savoir*, 1976].

KRAUSE Elizabeth L., MARCHESI Milena, (2007) *Fertility Politics as "Social Viagra": Reproducing Boundaries, Social Cohesion, and Modernity in Italy*, "American Anthropologist", New Series, Vol. 109, No. 2, In Focus: Children, Childhoods, and Childhood Studies (Jun., 2007), pp. 350-362.

LAVIOSA Bernardo, (1867 [1805]), *Vita della venerabile serva di Dio suor Maria Francesca delle Cinque Piaghe di Nostro Signore Gesù Cristo*, tip. di F.Vitale, Napoli.

LE BRETON David, (2007 [2000]), *Antropologia del corpo e modernità*, Giuffrè Editore, Milano, Traduz. dal francese di Beatrice Magni [ediz. orig.: *Anthropologie du corps et modernité*, Presses Universitaires de France, Paris, 2000].

LEVILLAIN Philippe - SALLMANN Jean Michel, (curatori) (1984), *Forme di potere e pratica del carisma*, Liguori, Napoli.

LÉVI-STRAUSS Claude (2009 [1964]) *Antropologia strutturale*, Il Saggiatore, Milano.

MIES Maria (1987), *Why do we need all this? A call against genetic engineering and reproductive technologies*, in SPALLONE P. e STEINBERG D.L. (curatori) *Made to Order: The Myth of Reproductive and Genetic Progress*, Oxford University Press, New York.

NIOLA Marino (1997), *Il corpo mirabile. Miracolo, sangue, estasi nella Napoli Barocca*, Meltemi, Roma.

OPPO Anna - PICCONE STELLA Simonetta - SIGNORELLI Amalia, (curatrici) (2000) *Maternità, identità, scelte. Percorsi dell'emancipazione femminile nel Mezzogiorno*, Liguori editore, Napoli.

PIZZA Giovanni (2005), *Antropologia medica*, Carocci, Roma.

PRASAD Aarathi (2014 [2012]) *Storia naturale del concepimento. Come la scienza può cambiare le regole del sesso*, traduz. dall'inglese a cura di Susanna Bourlot, Bollati Boringhieri, Torino [ediz.orig.: *Like a Virgin. How Science in Redesigning the Rules of Sex*, Oneworld Publication Oxford, 2012].

RANISIO Gianfranca (curatrice) (2012) *Culture della nascita. Orizzonti della maternità tra saperi e servizi*, Edizioni Libreria Dante e Descartes, Napoli.

RIVERA Annamaria (1988), *Il mago, il Santo, la morte, la festa: forme religiose nella cultura popolare*, edizioni Dedalo, Bari.

ROSSI Cristina (2003) *Antropologia Culturale. Appunti di metodo per la ricerca nei «mondi contemporanei»*, Guerini Studio, Milano.

SANITÀ Helga (2014), *Santa Maria Francesca delle cinque Piaghe. Da vergine "bizzoca" a santa della Famiglia e della Vita*, in "Voci. Annuale di scienze umane", XI/2014, pp. 282-286.

SANITÀ Helga (2016), *Essere madri o non essere. Melanconia della sterilità. Il culto di Santa Maria Francesca delle Cinque Piaghe a Napoli*, in: Marino Niola (a cura di) *Antropologie del Contemporaneo. Patrimoni, simboli, tendenze*, Pensa MultiMedia editore, Lecce, pp. 57-77.

SANITÀ Helga (2016), *Infertilità di Stato, passione e mistica della maternità*, In: Marino Niola (a cura di) *Antropologie del Contemporaneo. Patrimoni, simboli, tendenze*, Pensa MultiMedia editore, Lecce, pp. 79-102.

STRATHERN Marilyn (1992) *After Nature. English Kinship in the Late Twentieth Century*, Cambridge University Press.

Scheda sull'Autrice

Helga Sanità è Ph.D. in Etnoantropologia e professore a contratto di *Antropologia del Patrimonio* presso l'Università degli Studi Suor Orsola Benincasa di Napoli dove è inoltre direttrice di ricerche del Centro di Ricerche Sociali sulla Dieta Mediterranea, *MedEatResearch*, diretto da Marino Niola. È stata titolare dell'insegnamento di *Antropologia Culturale* presso l'Accademia di Belle Arti di Napoli.

Studia le dinamiche di patrimonializzazione e di re-invenzione della tradizione e le politiche identitarie. È autrice del testo *La Festa di Piedigrotta. Il mito di un ritorno, l'ancora del mediterraneo*, Napoli 2010. Fra le sue pubblicazioni: *Santa Maria Francesca delle cinque piaghe. Da vergine "bizzoca" a santa della Famiglia e della Vita*, "Voci" Annuale di Scienze Umane, Anno XI, 2014; *Una maschera da inghiottire. Di che pasta sono fatti gli Italiani*, "La Freccia e il Cerchio", Annuale internazionale bilingue di filosofia, letteratura, linguaggi, IV "Specchio-Maschera", La scuola di Pitagora editrice, Napoli 2013; *La Piedigrotta dei bambini nelle immagini dell'archivio fotografico Parisio*, in Aleksandra Filipovic e Williams Troiano (a cura di) *Strategie e Programmazione della Conservazione e Trasmissibilità del Patrimonio Culturale*, Edizioni Scientifiche Fidei Signa, Roma 2013; *Piedigrotta e la Canzone. Packaging di un totem*, in Careri Enrico e Scialò Pasquale (a cura di) *Studi sulla canzone napoletana classica*, Libreria Musicale Italiana, Lucca 2008; *Atlante delle Feste religiose in Campania*, AA.VV., l'ancora del mediterraneo, Napoli 2007.

Riassunto

Il desiderio di maternità fra bio-politica e devozione. Un'etnografia napoletana presso il Santuario di Santa Maria Francesca delle cinque piaghe

In Italia le politiche pro-nataliste continuano a evidenziare il dato della bassa natalità come pericoloso per il futuro del Paese e lo medicalizzano, riconducendone la causa determinante al problema dell'infertilità. Intanto – dopo la storica sentenza n. 162 del 9 aprile 2014, che ha modificato la Legge n°40/2004 in materia di procreazione medicalmente assistita, autorizzando la pratica della fecondazione eterologa – si è

registrato un netto incremento della domanda di accesso alle donazioni di spermatozoi e ovociti nei centri di PMA. Queste tecnologie della vita favoriscono la configurazione di una nuova cartografia delle strutture di parentela, dei valori etici e delle strategie biopolitiche. Il presente contributo analizza il desiderio di maternità a Napoli, presso il Santuario di Santa Maria Francesca delle cinque piaghe, fra le donne con problemi di fertilità che si dichiarano pronte a tutto pur di diventare madri. Molte di queste donne hanno scelto di affidarsi alla fede come coadiuvante del percorso biomedico per la cura dell'infertilità già intrapreso. A Santa Maria Francesca – anche nota come la “Santa della Famiglia e della Vita” – viene riconosciuto dalle devote uno straordinario potere e i rituali della “seduta” e della benedizione praticati presso il Santuario, si rivelano simbolicamente efficaci nella cura di quel malessere che ho qui definito “melanconia della sterilità”.

Parole chiave: natalità, maternità, biopolitica, devozione, Napoli.

Résumé

Le désir de maternité entre bio-politique et dévotion. Une ethnographie napolitaine au Sanctuaire de Santa Maria Francesca des cinq blessures

En Italie, les politiques pro-natalistes continuent à mettre en évidence le faible taux de natalité comme dangereux pour l'avenir du pays et à le rendre médical, en traçant sa cause première au problème de l'infertilité. Pendant ce temps – après la décision historique n. 162 du 9 avril 2014, qui a modifié la loi n.40/2004 sur la procréation médicalement assistée, autorisant la pratique de la fécondation hétérologue – il y avait une augmentation marquée de la demande d'accès aux dons des spermatozoïdes et des ovocytes dans les centres PMA. Ces technologies de la vie favorisent la configuration d'une nouvelle cartographie des structures de parenté, des valeurs éthiques et des stratégies biopolitiques. Cet article analyse le désir de maternité à Naples, au Sanctuaire de Santa Maria Francesca des cinq blessures, chez les femmes ayant des problèmes de fertilité qui se déclarent prêtes à tout pour devenir mères. Beaucoup de ces femmes ont choisi de s'appuyer sur la foi comme un complément à la voie biomédicale pour le traitement de l'infertilité déjà entrepris. A Santa Maria Francesca – également connu sous le nom «Sainte Famille et la Vie» – est reconnu par le pouvoir extraordinaire dévot et les rituels de «assis» et la bénédiction pratiquée au sanctuaire, sont révélés symboliquement efficaces pour guérir le malaise que je ici appelé «mélancolie de l'infertilité».

Mots clés: naissance, maternité, biopolitique, dévotion, Naples.

Resumen

El deseo de maternidad entre la biopolítica y la devoción. Una etnografía napolitana en el Santuario de Santa Maria Francesca de las cinco heridas

En Italia, las políticas pro-natalistas continúan destacando la baja tasa de natalidad como peligrosa para el futuro del país y la medicalizan, rastreando su causa raíz del problema de la infertilidad. Mientras tanto – después de la histórica decisión No. 162 de 9 de abril de 2014, que modificó la Ley N. 40/2004 sobre reproducción asistida, lo que permite la práctica de la fecundación heteróloga – se ha producido un fuerte aumento de la demanda de acceso a las donaciones de espermatozoides y ovocitos en centros PMA. Estas tecnologías de vida favorecen la configuración de una nueva cartografía de estructuras de parentesco, valores éticos y estrategias biopolíticas. Este trabajo analiza el deseo de maternidad en Nápoles, en el santuario de Santa Maria Francesca de las Cinco Llagas, entre las mujeres con problemas de fertilidad que dicen que están dispuestas a hacer cualquier cosa para ser madres. Muchas de estas mujeres han optado por confiar en la fe como un complemento de la vía biomédica para el tratamiento de la infertilidad ya realizada. En Santa Maria Francesca – también conocida como la “Sagrada Familia y Vida” – es reconocida por el extraordinario poder devotos y rituales de “sentarse” y la bendición practicado en el santuario, se revelan simbólicamente eficaz para curar el malestar que me aquí se llama “melancolía de la infertilidad”.

Palabras claves: nacimiento, maternidad, biopolítica, devoción, Nápoles.

Abstract

The desire for maternity between bio-politics and devotion. A Neapolitan ethnography at the Sanctuary of Santa Maria Francesca delle cinque piaghe (St. Mary Francis of the five wounds)

In Italy, pro-natalist policies continue to highlight how the low birth rates, which have been medicalized and attributed to infertility problems, constitute a risk for the country's future. Following the historical sentence nr. 162 of 9 April, 2014 in amendment of Law nr. 40/2004 regarding medically assisted procreation, the practice of artificial insemination was authorized and lead to a sharp increase in requests for access to sperm and egg donations at PMA (Medically Assisted Reproductive) Centres. These reproductive technologies are fostering the configuration of a new structural cartography of family relationships, ethical values and bio-policy strategies. The present study analyzes the desire for maternity of women in Naples who have declared they are prepared to do almost anything in order to become mothers. Many of these

women have decided to rely on faith as an adjuvant to biomedical process for curing infertility. At Santa Maria Francesca – also known as “the Saint of Family and Life” – many of the devoted claim there is extraordinary power in the ritual of the “chair” and the blessings received at the Sanctuary which appear to be symbolically effective in curing that indisposition I have defined as “melancholy of sterility”.

Keywords: birth, motherhood, biopolitics, devotion, Naples.