

Alla ricerca della “fertilità”.

Immaginari e percorsi riproduttivi di pazienti transfrontalieri italiani

Corinna Sabrina Guerzoni

ricercatrice presso il Western Fertility Institute, Los Angeles (California).
[corinna.guerzoni@gmail.com]

Introduzione⁽¹⁾

Una delle caratteristiche salienti delle tecnologie riproduttive è la loro capacità di muovere grandi masse di persone, da molteplici punti di vista: moralmente, fisicamente, economicamente ed emotivamente (MELHUSS M. 2007). Le tecnologie riproduttive possono essere inserite all'interno dei flussi globali teorizzati da Arjun Appadurai, tra *tecnorama* e *ideorama* (APPADURAI A. 1996); sono saperi che circolano e che, come vedremo nel corso di questo articolo, aprono l'orizzonte a nuovi immaginari esistenziali possibili. Le tecnologie riproduttive non viaggiano senza ostacoli e, seppur disponibili a livello globale, sono ammantate da una serie di limitazioni culturali, legali ed economiche. In risposta alla spinta della globalizzazione che è forte e progressiva anche in questo particolare ambito scientifico e sociale, si possono individuare quei processi locali che, differenziandosi più o meno profondamente da uno stato all'altro, ci permettono di leggere le diverse sfumature presenti in differenti contesti socioculturali. Difatti, seppur esistenti nella quasi totalità dei paesi al mondo, le tecnologie riproduttive sono regolate da eterogenee legislazioni che impongono divieti e ne regolamentano la fruibilità selezionando, a priori, coloro che possono o non possono accedervi. Ciò che è vietato in uno stato è praticabile in un altro; per questa ragione, i soggetti la cui fertilità è “negata” per le ragioni più disparate, cercano soluzioni procreative altrove rispetto al luogo in cui si trovano o a quello in cui sono già transitati senza aver raggiunto però il loro obiettivo, prediligendo legislazioni maggiormente permissive e perciò spostandosi verso nazioni con minori restrizioni rispetto alla propria.

Il fenomeno di pazienti transfrontalieri alla ricerca di cure riproduttive all'estero solleva interrogativi in numerosi campi che spaziano dall'etica alla politica, dalla religione alla morale. Alcuni di questi dubbi sono risalenti nel tempo e sono già stati ampiamente dibattuti in quanto immediatamente e direttamente collegati alla procreazione medicalmente assistita (PMA) (ad esempio, limiti di età all'accesso, accese discussioni su chi possa o debba essere considerato il "vero" genitore ecc.); altri, invece, sono strettamente interconnessi proprio alla circolazione dei pazienti, ai viaggi che intraprendono per spostarsi oltre i confini nazionali alla ricerca della soluzione procreativa più rispondente alle loro esigenze di vita. Questo fenomeno coinvolge diverse parti (pazienti, medici, mediatori, donatori, donatrici e surrogate) e il ruolo svolto da ognuna di esse pone dilemmi etici e morali e finanche giuridici. Al centro di questi dibattiti vi è stata la richiesta di una armonizzazione legale rispetto alla regolamentazione delle tecniche di fecondazione assistita in Europa (HUDSON N. *et al.* 2011)⁽²⁾. Tuttavia, dal momento che la riproduzione è fortemente intrecciata ad una serie di sfere (etica, religione, società ecc.) così impregnate di cultura locale, è complesso pensare che il fenomeno possa essere disciplinato in modo coerente e uniforme sulla scorta di principi universali; ne deriva l'impossibilità di concepire strumenti legislativi omogenei non solo a livello globale ma anche all'interno dei singoli continenti, tra cui quello europeo.

Per raggiungere l'obiettivo che, con questo articolo, mi sono prefissata, ovvero analizzare le traiettorie riproduttive dei pazienti transfrontalieri italiani che hanno avuto accesso alla procreazione medicalmente assistita all'estero, devo però cercare di rispondere, prima, ad alcune domande propedeutiche: quanto incidono e su quali livelli operano le differenti legislazioni sulle vite concrete dei soggetti? Quali traiettorie riproduttive verranno scelte e in base a quali criteri ci si indirizzerà presso uno stato piuttosto che un altro? Per venire a capo di tali quesiti ho prestato attenzione alla struttura narrativa offerta dai pazienti transfrontalieri e al modo in cui le storie da loro costruite hanno avuto profondi impatti ed influenze sulle successive esperienze di altri: sia su quelle di soggetti con analoghe aspettative e in cerca degli stessi risultati procreativi, sia di altri soggetti che, a vario titolo, popolano lo spazio che accoglie quei pazienti itineranti. Utilizzerò le "lenti delle mobilità" (URRY J. 2007), dal momento che viviamo in un mondo all'interno del quale scorrono flussi di idee, di oggetti (materiali e immateriali) e di persone, e fra queste i pazienti transnazionali, tanto da dover mettere in discussione l'idea stessa di "confini".

Cure riproduttive transfrontaliere

Nella contemporaneità i trattamenti della fertilità hanno assunto una dimensione transnazionale. Ogni anno, un numero crescente di pazienti si sposta oltre i propri confini territoriali per accedere a cure riproduttive in altre nazioni del mondo che sono maggiormente disponibili, sul piano culturale ancor prima che scientifico, ad accogliere e a soddisfare questo genere di istanze. I soggetti che migrano alla ricerca di soluzioni procreative (alternative a quelle più facilmente disponibili) sono generalmente definiti pazienti transfrontalieri. Il fenomeno è noto sotto il termine di *cross border reproductive care* (CBRC), ovvero, appunto, cura riproduttiva transfrontaliera. Le forme più comuni di trattamenti di fertilità forniti nel perimetro del CBRC sono: fecondazione in vitro con trasferimento dell'embrione (FIVET), fecondazione intracitoplasmatica (ICSI), donazione di sperma, donazione di ovuli, embriodonazione, *surrogacy* altruistica e/o commerciale, diagnosi genetica preimpianto (PGD), selezione del sesso e cosiddetta conservazione della fertilità (crioconservazione). Altrettanto vario è l'elenco dei soggetti che utilizzano le cure riproduttive transfrontaliere: persone sterili/infertili, coppie eterosessuali così come omosessuali, single, transgender e pazienti in età avanzata. Il CBRC ha assunto, ai giorni nostri, un'ampia portata e piuttosto che essere un *trend* di passaggio «[...]è un fenomeno globale in crescita che può influenzare significativamente la salute fisica e il benessere mentale, le relazioni di genere e coniugali, la formazione della famiglia e, in definitiva, la salute della popolazione» (GÜRTIN Z.B. - INHORN M.C. 2011: 536)⁽³⁾. Il flusso di pazienti è descritto attraverso una pluralità di sinonimi, ognuno dei quali possiede una differente connotazione semantica in relazione al punto dal quale si osserva il fenomeno: turismo riproduttivo/procreativo, riproduzione transnazionale, viaggio riproduttivo (noto anche come *reprotravel*) o esilio riproduttivo. Il termine CBRC, dunque, non si contraddistingue per un suo contenuto omogeneo ma, piuttosto, incorpora al suo interno una serie di significati, così come differenti sono le traiettorie, le destinazioni, gli arrivi, le motivazioni ed i desideri di chi avvia tali percorsi (*ibidem*).

La letteratura di riferimento ha analizzato, inizialmente, le motivazioni di pazienti transfrontalieri e il modo in cui essi hanno aggirato i divieti di accesso alla fecondazione assistita nei paesi di origine (PENNINGS G. 2004), individuando almeno dieci ragioni per le quali si sceglie di spostarsi all'estero (HUDSON N. *et al.* 2011; INHORN M.C. - PATRIZIO P. 2009; PENNINGS G. 2002, 2004, 2009; PENNINGS G. *et al.* 2008).

«Esse sono: (1) proibizioni legali, religiose o etiche; (2) negazione al trattamento di certe categorie di persone (in base all'età, allo stato civile o all'orientamento sessuale; (3) costi elevati; (4) assenza di tecnologie riproduttive in paesi con basse risorse dovute alla mancanza di esperienza e di equipaggiamenti; (5) lunghe liste di attesa dovute alla carenza di risorse; (6) preoccupazioni relative a sicurezza; (7) bassa qualità delle cure e/o dei tassi di successo; (8) desiderio di comprensione culturale (ad esempio di linguaggio o religiosa); (9) prossimità rispetto al supporto di amici o membri familiari; e problemi di *privacy*» (GÜRTIN Z.B. - INHORN M.C. 2011: 535)⁽⁴⁾.

Sono tante e disparate le spiegazioni che precedono e spiegano tali spostamenti (FERRARETTI A.P. *et al.* 2010), anche se le principali, perché più frequenti, attengono alle restrizioni legali, agli alti costi dei paesi di provenienza e alla possibilità di beneficiare di cure e trattamenti di qualità migliore (SALAMA M. *et al.* 2018). È evidente che il fenomeno possiede implicazioni multidimensionali (*ibidem*) nel senso che le sfere etiche, economiche, sociali, culturali e legali si intrecciano nei percorsi di queste diaspore riproduttive. La dimensione legale, fra tutte, è quella che maggiormente spinge i soggetti a cercare soluzioni procreative altrove: ciò che è vietato in uno stato è possibile e quindi è accessibile in un altro. La tendenza rilevata è quella a spostarsi verso uno stato con minori restrizioni rispetto al proprio ed è per questa ragione che molti studiosi ricorrono al paragone con una di “valvola di sfogo” (FERRARETTI A.P. *et al.* 2010). Le tecniche di fecondazione assistita sono legalmente autorizzate in quasi tutti i paesi del mondo. Tuttavia, le limitazioni legali che circoscrivono rigorosamente la platea degli utenti, chiudendo le porte, ad esempio, a donne oltre i 45 anni di età, a coppie non sposate, a single, gay e pazienti transessuali, spingono migliaia di pazienti a cercare soluzioni in ordinamenti con legislazioni più elastiche o, dal punto di osservazione dei fruitori, meno restrittive. Per effetto degli alti tassi di successo e della regolamentazione più lacunosa o più permissiva, alcuni paesi sono diventati destinazioni ambite e privilegiate per beneficiare di specifici trattamenti procreativi.

«I principali mercati globali o bacini per l'industria dei CBRC sono i seguenti: (1) Belgio e Israele per la FIVET, (2) Danimarca per donazione di sperma, (3) Spagna e Repubblica Ceca per donazione di ovociti e embrioni, (4) India, Russia e USA per la *surrogacy* commerciale (anche se l'India si è ora tolta da questo mercato), (5) gli Stati Uniti per il PGD e la selezione del sesso e (6) Danimarca, Belgio, Germania e USA per la conservazione della fertilità» (SALAMA M. *et al.*, 2018)⁽⁵⁾.

La scelta della destinazione comporta una delicata negoziazione per i pazienti che devono risolvere una serie di problematiche ben prima

dell'avvio dei percorsi riproduttivi: organizzazione logistica degli spostamenti e del viaggio, conoscenza delle realtà culturali e dei trattamenti richiesti.

Senza dimenticare il peso che hanno, nell'economia complessiva della scelta, le difficoltà e i rischi legati alle cure mediche che contraddistinguono qualunque pratica riproduttiva. In letteratura, le problematiche maggiormente individuate sono legate a costi inaspettatamente elevati rispetto ai trattamenti (HUDSON N. *et al.* 2011), l'inattendibilità di informazioni fornite da cliniche estere, le barriere linguistiche e, non da ultimo, i problemi di accesso alle informazioni rispetto alle proprie cartelle cliniche (CULLEY C. *et al.* 2011; INFERTILITY NETWORK UK 2008).

Campi e metodologia

Il presente articolo, come detto all'inizio, si basa su tre differenti ricerche etnografiche.

La prima indagine è stata condotta sulla maternità lesbica in Lombardia (2012) e ha coinvolto venti coppie di madri lesbiche dai ventitré ai cinquantasei anni con figli nati all'interno della loro relazione affettiva grazie all'aiuto della PMA. La Spagna è risultata essere la meta più ambita delle partecipanti dello studio. La seconda ricerca è stata condotta sulla genitorialità di omosessuali italiani (2014 - 2017) e ha incluso quarantatré famiglie (venticinque famiglie di madri e diciotto di padri) dai ventidue ai sessant'anni. Per quanto riguarda le destinazioni di donne in coppia o *single*, quattordici si sono recate in Spagna, sei in Belgio, due in Danimarca, due in Gran Bretagna e una ha utilizzato l'auto inseminazione in Italia con seme di un donatore acquistato da una banca danese. Per quanto riguarda gli uomini, due coppie sono approdate in Canada per accedere ad un programma di *surrogacy* altruistica, undici coppie di padri, tre padri *single* e due coppie di aspiranti padri in California con un percorso di *surrogacy* commerciale. La terza (2017 - in corso) è un'indagine sulla surrogazione di gravidanza in California e coinvolge l'esperienza di numerosi pazienti che accedono a questa pratica come ultima tappa, dopo precedenti tentativi falliti, della riproduzione. La ricerca prende corpo all'interno di una clinica della fertilità della California meridionale e, allo stato dell'arte, raccoglie le esperienze di coppie/*single* provenienti da diversi stati europei ed extraeuropei. Per l'oggetto in esame, di questo ultimo lavoro prenderò in considerazione esclusivamente i pazienti transfrontalieri italiani. Più precisamente, dieci coppie di uomini, tre *single* omosessuali, una coppia

lesbica e tre coppie eterosessuali che hanno utilizzato un programma di *surrogacy* gestazionale commerciale; una coppia eterosessuale che ha avuto accesso alla FIVET. Il filo rosso che collega i tre studi deve essere rintracciato proprio nelle esperienze di riproduzione transfrontaliera, dal momento che i soggetti coinvolti nelle ricerche hanno valicato i confini nazionali per avere accesso alla riproduzione assistita all'estero.

Leggi locali, interconnessioni globali

Una sfera particolarmente rilevante, da tenere in considerazione quando si analizzano i percorsi riproduttivi umani, è la politica della salute procreativa che, istituendo fattibilità e limitazioni, regola accessi e divieti alla procreazione. In Italia solo una tipologia ben precisa di persone ha accesso alla PMA⁽⁶⁾. Il parlamento italiano aveva approvato la prima legge nazionale in materia di procreazione medicalmente assistita (comunemente nota come “legge 40”) nel febbraio del 2004, dopo un acceso dibattito pubblico e politico. Il testo della legge è riconosciuto come uno dei più restrittivi d'Europa, caratterizzato da una lunga lista di divieti, dove l'accesso alle tecniche era riservato esclusivamente a coppie eterosessuali con comprovati problemi di infertilità (ZANINI G. 2013); prima del 2014, cioè prima della parziale declaratoria di incostituzionalità, era considerata lecita solo ed esclusivamente la fecondazione omologa (che prevede l'impiego di gameti appartenenti alla coppia). Dal 2014 in poi, invece, è possibile accedere anche a programmi di fecondazione eterologa ma rimane invariato il presupposto che sia una coppia eterosessuale ad avviare il percorso. Il legislatore italiano ha così garantito l'aiuto medico soltanto attraverso il ricorso alla PMA, esclusivamente a coppie eterosessuali sposate o conviventi, con espressa esclusione delle persone *single*, omosessuali e *transgender*.

Il progetto di avere un figlio nel contesto italiano si traduce così in un desiderio irrealizzabile se è costretto all'interno del divieto di accedere alla PMA per tutte quelle configurazioni eccedenti la norma. I pazienti transfrontalieri che hanno partecipato alle mie ricerche hanno messo in evidenza come i gruppi informali tra di loro costituiti e la conoscenza più o meno approfondita delle diversificate tecniche riproduttive abbiano eroso l'iniziale idea di impossibilità di mettere al mondo un figlio tramite fecondazione assistita. Le tecniche di PMA vengono descritte dai soggetti come “rivoluzioni” e la condivisione di storie e immagini una base sulla quale costruire i propri percorsi. Di seguito riporto alcune delle

testimonianze, raccolte negli anni, che mettono bene in luce i due assi argomentativi sopra citati.

«Abbiamo avuto un sms da un amico che ci ha scritto che diventava nonno. E noi sapevamo che sua figlia stava con una donna. Quindi sono corsa in casa col cellulare in mano e ho fatto vedere il messaggio alla mia compagna: "Si può fare davvero!". Da quel momento ho sentito tante possibilità aprirsi perché c'era qualcun altro che l'aveva fatto e non si trattava solo di una storia sentita alla tv, era l'esperienza di una persona che conoscevamo e che l'aveva fatto all'estero» (Serena in coppia con Alice, 2014)⁽⁷⁾.

«Ora se ne parla sempre, sta entrando nell'immaginario comune e nel linguaggio. La rete dei papà arcobaleno è stata fondamentale per il nostro progetto. Non avremmo forse mai trovato il coraggio di fare tanto senza sentire le storie di conoscenti e amici» (Federico in coppia con Stefano, 2015).

«La fecondazione assistita è stata una vera rivoluzione per noi, da molti punti di vista. Ci ha permesso di immaginarci madri e lo siamo diventate davvero. Siamo dovute andare all'estero in uno stato che accettava la nostra come coppia. Non è stato semplice perché ci scontriamo ogni giorno con una realtà che dice non si può fare, che non ci riconosce e che ha pregiudizi. Ma sempre più spesso abbiamo visto tanti post su Facebook e Instagram, ascoltato storie ed esperienze di altri e ci siamo dette: "Perché non ci proviamo anche noi?". E così è stato» (Elide in coppia con Martina, 2018).

Come si può leggere nelle dichiarazioni riportate sopra, la consapevolezza della presenza di strumenti tecnicamente validi, da un lato, e la conoscenza di una rete entro la quale confrontarsi sul tema sensibile della genitorialità, sono due condizioni necessarie per arrivare a decidere di progettare e di affrontare la fecondazione all'estero. L'immaginario è articolato e il desiderio prende forma grazie alla conoscenza di tecniche e persone; il potenziale dell'immaginazione e la conoscenza delle tecnologie autorizzano ad aspirare e a progettare percorsi di PMA e *surrogacy*. La fecondazione assistita è la tecnica che rende concreto il desiderio di genitorialità ad una pluralità di individui (MELHUUS M. 2007), desiderio che è costruito e plasmato attraverso l'incontro con altre famiglie e soggettività che hanno architettato percorsi riproduttivi alternativi e transfrontalieri.

Circolazione di pazienti e scambio di informazioni

Le condizioni strutturali del contesto italiano, analizzate nel paragrafo precedente, spingono i cittadini che vogliono accedere alla PMA, ma che non hanno i presupposti previsti dalla legge per beneficiarne all'interno, a spostarsi fuori dai confini nazionali. Ciò significa che essi prendono le

distanze da uno stato, il loro, nel quale potrebbero assumere il ruolo di pazienti (perché presi in carico dal sistema di assistenza sanitaria nazionale per altri tipi di cure) anche in occasione di questa particolarissima “situazione patologica”, per diventare consumatori nel mercato dell’industria della riproduzione. Un mercato che li pone nella condizione di scegliere non solo lo stato di destinazione ma che, contestualmente e correlativamente, li grava della responsabilità di compiere una serie di scelte delicate rispetto ai percorsi riproduttivi, affidandogli così la gestione dell’equilibrio tra domanda e offerta di strumenti procreativi. L’approdo in uno stato estero, e quindi l’avvio effettivo delle cure, non è da intendersi come l’inizio del percorso riproduttivo. Esso comincia a strutturarsi mesi, se non anni, prima dell’acquisizione dello status di paziente. Per gli individui che ricorrono a PMA e *surrogacy* all’estero, è la raccolta di tutte le informazioni necessarie alla riuscita del percorso a diventare l’inizio stesso della programmazione riproduttiva. Come i soggetti si procurano le conoscenze rispetto ai percorsi riproduttivi che dovranno intraprendere all’estero, agli ostacoli e ai medicinali che dovranno acquistare? Secondo uno studio condotto con pazienti transfrontalieri britannici, la maggior parte degli intervistati ha preso decisioni indipendentemente da quanto suggerito dalle cliniche, trovando nella rete internet la fonte prediletta e facendo delle informazioni così raccolte i criteri prediletti (HUDSON N. *et al.* 2011). In modo simile, i soggetti coinvolti nelle mie ricerche hanno raccolto notizie attraverso una moltitudine di fonti, ma prevalentemente attraverso tre canali: 1) le associazioni delle quali facevano/fanno parte, 2) il passaparola e 3) i blog che trattano di salute riproduttiva. Le associazioni hanno funto da rete, hanno permesso e favorito l’incontro tra persone legate da storie simili e da aspettative condivise; hanno – in pratica – offerto un terreno comune per la costituzione di gruppi (fisici o attraverso *mailing list*) nei quali scambiarsi informazioni, consigli e supportarsi passo dopo passo, attingendo agli immaginari già consolidati e, parimenti, contribuendo ad arricchirli, modificarli, propagarli.

Come Bruner ha sostenuto, le narrazioni sono dei modi che “ordinano esperienze” e al contempo “costruiscono la realtà” (BRUNER E.M. 1986). Le storie condivise e gli immaginari fabbricati influenzano e danno forma alle azioni, sia delle persone che le raccontano che di quelle che le ascoltano; questa circolazione di rappresentazioni non solo riflette un tipo di cultura ma la costruisce (GARRO L. - MATTINGLY C. 2000). I racconti delle esperienze vissute si spostano attraverso differenti canali e quando entrano nella sfera pubblica diventano un modello dominante che da un canto normalizza una pratica, ma che dall’altro può togliere potere

a tutte quelle storie “altre” che non si adattano ad esso. In questo senso, Chimamanda Ngozi Adichie invita a riflettere sul potere e sulla pericolosità della singola storia (ADICHIE C.N. 2009)⁽⁸⁾. Quando un modello diventa una storia dominante dà forma alle aspettative dei soggetti che si interfacciano con l’idealtipo stesso e diventa fonte di ispirazione per altri individui. Il modello narrativo prevalente produce sui soggetti una richiesta di comparazione con le esperienze che si stanno vivendo.

La circolazione delle informazioni ha creato una rete fitta di dati e se all’inizio della prima ricerca (2012) i soggetti dichiaravano di aver speso molti anni prima di aver raccolto i dati necessari, quelli dell’ultima ricerca (2019) si sono presentati già sapendo quali canali seguire, quali siti interrogare e come muoversi. Gli intervistati del primo studio avevano all’epoca evidenziato le difficoltà di reperimento di informazioni. Ad esempio, Luca e Marco, tra i primi padri omosessuali italiani che hanno avviato il percorso di *surrogacy* in California nel 2005, hanno testimoniato di aver impiegato circa sei anni per comporre un quadro esaustivo delle tappe necessarie alla realizzazione del loro progetto genitoriale⁽⁹⁾. L’accesso alle informazioni invece è descritto dagli ultimi intervistati come un passaggio semplice, sia per il numero importante di agenzie e di cliniche che offrono servizi di PMA, sia per la diffusione di storie rispetto a percorsi riproduttivi compiuti all’estero, tutte facilmente reperibili e consultabili in internet. Negli ultimi anni si sono costituiti sempre più gruppi, come quelli di WhatsApp (ad esempio “in becco alla cicogna”) o gruppi privati di Facebook nei quali aspiranti genitori discutono di svariate questioni: in quale stato spostarsi, quale clinica scegliere, quali ginecologi contattare, quali visite ed esami fare, come e dove reperire medicinali non utilizzati perché in avanzo che, per i costi elevati poiché non coperti dal sistema sanitario nazionale, vengono o svenduti a prezzi scontati o regalati ad altri pazienti. Questi gruppi seguono spazializzazioni a macchia di leopardo; il loro obiettivo è quello di avere una fruibilità per i soggetti che ne fanno parte anche grazie ad incontri conviviali, quali feste, cene o aperitivi organizzati dai moderatori.

Chi si trova in una fase specifica del percorso riproduttivo tende a creare una rete di mutuo sostegno con la quale interfacciarsi e condividere paure e speranze proprie di quella fase. Per questo scambio, i soggetti della ricerca hanno inizialmente consultato blog dedicati a tematiche affini alla riproduzione, ma successivamente hanno prediletto mezzi quali i social media (Facebook è, per ora, il più utilizzato). Attraverso la fruizione di questi canali, i soggetti che non hanno ancora acquisito lo statuto ufficiale di pazienti – dal momento che non hanno ancora iniziato percorsi di cure

riproduttive – ottengono informazioni e conoscenze medico-scientifiche rimanendo spesso aggiornati sulle ultime ricerche in merito alla PMA, allo sviluppo di nuove tecniche, alle cliniche con i migliori tassi di successo o ai costi più o meno accessibili, ecc.

«Abbiamo creato gruppo con diciassette coppie di aspiranti padri, un gruppo WhatsApp collegando tutte queste esperienze. Era un modo per condividere un percorso, per affrontarlo insieme; era un percorso di mutuo sostegno diciamo. Di queste diciassette, sedici hanno deciso di partire e alla fine dell'anno eravamo venti. Poi trenta e ora circa una quarantina. Tutte le seghe mentali che puoi avere nel percorso, facendolo insieme possono essere diluite, ascoltando le esperienze di chi c'è già passato, ti rassicuri...anche su cose terribili. La California è diventata una seconda casa, un luogo dove chiunque conosce la *surrogacy* e nel quale ci sono tutele per tutti. Noi abbiamo avuto un'esperienza meravigliosa e abbiamo un po' trainato tutti gli altri» (Thomas, 2015).

La fase preliminare di mappatura dei servizi e di acquisizione di conoscenze in merito alla riproduzione è quasi un passaggio obbligato per accedere a PMA o *surrogacy* all'estero.

Sostengo qui che, proprio grazie alla circolazione di informazioni e alla costruzione di storie specifiche che sono poi ampiamente condivise in rete, alcuni stati vengono idealizzati per chi intende realizzare il progetto genitoriale. Ci sono luoghi rappresentati dai transfrontalieri come mete "migliori" di altre per una serie di ragioni: gli alti tassi di successo rispetto a FIVET e ICSI, i bassi costi, l'attenzione al paziente, l'inesistenza dello stigma, la qualità delle cure o la possibilità di muoversi con più serenità all'interno di legislazioni favorevoli. Ciò è confermato dai dati disponibili riguardo agli spostamenti di pazienti transfrontalieri che hanno eletto USA, Spagna, Danimarca, Belgio, Israele e Regno Unito a destinazioni privilegiate (SHENFIELD F. *et al.* 2010; HUNT J. *et al.* 2013). La creazione di gruppi formali e informali o lo scambio di dati tramite blog o chat produce la costruzione di uno specifico immaginario relativo ai paesi ai quali rivolgersi per avviare i percorsi riproduttivi. La condivisione di immaginari sociali diviene una matrice simbolica all'interno della quale i soggetti che vi partecipano costruiscono collettivamente e danno senso a nuovi mondi possibili (VALASKIVI K. - SUMIALA J. 2014). È all'interno degli interstizi degli immaginari sociali condivisi che i soggetti si connettono gli uni agli altri, costruendo nuovi immaginari e tessendo altrettanto nuove relazioni sociali (GAONKAR D.P. 2002). In un mondo sempre più interconnesso, gli immaginari sociali si realizzano sovente nella condivisione e fruizione di storie, di figure e di simboli mediante i mezzi di comunicazione di massa (*ibidem*). La propagazione attraverso le piattaforme mediatiche costruisce

dunque questi immaginari conferendogli, al contempo, una determinata forma. Allo stesso modo, la circolazione di pazienti e di materiale biogenetico da e per l'Italia segue percorsi già tracciati, flussi più comuni di altri, canali noti. Ho studiato i percorsi che i pazienti transfrontalieri intervistati hanno concretamente vissuto proprio per mettere in luce il modo in cui tali costruzioni narrative influenzano se non, addirittura, condizionano i percorsi dei soggetti stessi che si spostano seguendo canali già tracciati e formulando determinate richieste. La creazione di uno specifico immaginario relativo al luogo in cui si verificherà l'iter della PMA o *surrogacy* può essere molto differente da come l'immaginario costruito tende a rappresentare specifici luoghi. Difatti le aspettative possono infrangersi nel momento in cui incontrano, e si scontrano, con una realtà differente rispetto a quella composta dai soggetti che precedentemente hanno condiviso le proprie esperienze transfrontaliere.

Ho potuto raccogliere molte testimonianze rispetto a come certi stati sono descritti dai soggetti intervistati e al modo in cui queste rappresentazioni hanno suggestionato le traiettorie di futuri pazienti. Gli stralci di intervista riportati di seguito sono significativi: «Faremo ancora l'intrauterina. Se non va ci spostiamo in Spagna, perché in Danimarca non sono proprio famosi per le FIVET»; oppure: «La FIVET in Danimarca non ci convinceva. Siamo state in Spagna, presso una clinica universitaria»; o ancora: «Siamo state in Belgio e poi in Spagna. Molte nostre amiche ci avevano raccontato della professionalità della clinica e abbiamo sentito altre nostre amiche che si sono trovate bene lì». Dal punto di vista di molte intervistate che hanno optato per i paesi europei per accedere alla PMA, la Spagna è reputata una meta privilegiata per la FIVET prevalentemente per due fattori: 1) i costi accessibili e 2) i tassi di successo di alcune note cliniche. La Spagna è stata valutata una delle nazioni medicalmente più avanzate e affidabili dove effettuare la FIVET al contrario della Danimarca, descritta come il paese più "adatto" alle inseminazioni semplici. Queste rappresentazioni viaggiano e producono un movimento reale di pazienti che prediligono la Spagna se devono accedere alla FIVET o alla Danimarca se sono alla ricerca di inseminazioni semplici.

Ho rintracciato simili narrazioni nei racconti di chi ha avuto accesso alla *surrogacy* gestazionale commerciale, quello che definirò come movimento di "California dreaming".

«Abbiamo deciso di andare in California perché abbiamo avuto molti amici che sono andati lì. Ci siamo informati e le legislazioni erano a nostro favore. Abbiamo sentito tante storie, di surrogate felici, di famiglie allargate ed esperienze che ci hanno fatto dire "sì, vogliamo anche noi questo".

[...] anche legalmente, sui certificati di nascita ci siamo noi, questa è una rassicurazione. Non per altro viene definita “surrogacy friendly state”. Lo è davvero».

La California è stata eletta da molti intervistati come lo stato prediletto verso cui volare per una serie di ragioni, soprattutto diffuse attraverso il passaparola. Ciò crea un aumento esponenziale di persone che annualmente si spostano verso luoghi eletti a paradisi della procreazione, provocando tra l'altro profondi impatti sull'industria della riproduzione e sul tessuto sociale della California così come degli altri stati che godono di maggiore considerazione. L'aumento della richiesta di sostegno medico in ambito riproduttivo, con domande sempre più specifiche e sofisticate rispetto ai collaboratori della riproduzione, comporta e spiega la nascita di numerose cliniche della fertilità e di agenzie di *scouting* per il reclutamento di donatori, donatrici e surrogate⁽¹⁰⁾.

Rischi, responsabilità e autonomie

Alcuni studiosi hanno letto l'accesso alla PMA in altri stati come una possibilità di affermazione e di realizzazione delle persone dal momento che «questo riduce il conflitto morale e quindi contribuisce alla coesistenza pacifica di diverse opinioni morali e religiose» (FERRARETTI A.P. *et al.* 2010: 264)⁽¹¹⁾. Come ha sottolineato, tra gli altri, la sociologa Jenny Gunnarsson Payne tale possibilità, maggiormente accessibile a fasce economicamente avvantaggiate, porta però con sé una serie di rischi (GUNNARSSON PAYNE J. 2018). Esistono specifiche difficoltà che sono tipiche proprio dei pazienti transfrontalieri: la selezione e la valutazione della qualità di una clinica internazionale, la mancata assistenza psicologica, l'insufficiente consulenza medica, l'impossibilità di accedere alle proprie cartelle cliniche e l'accesso limitato all'assistenza legale in caso di malasanità o in caso di dubbi interpretativi (FERRARETTI A.P. *et al.* 2010). Per tali ragioni, la mobilità riproduttiva non può essere riduttivamente descritta come “valvola di sicurezza”, ma diviene bacino di una serie di complicazioni tra cui il dover prendere le “giuste” decisioni rispetto ad una serie di questioni ad alto impatto emotivo, esistenziale, economico, sociale. Con l'aumento dell'autonomia dei pazienti che si recano all'estero cresce, di pari passo, la responsabilità di prendere decisioni rispetto alla “scelta giusta” (GUNNARSSON PAYNE J. 2018). Ciò significa che loro e solo loro assumono il peso anche delle decisioni in ambito medico; loro, e solo loro, vengono investiti della responsabilità delle conseguenze di tali scelte (SULIK G.A. - EICH-

KROHM A. 2008). Questa tendenza non contraddistingue soltanto coloro che si spingono fuori dai confini nazionali alla ricerca di cure riproduttive, ma investe anche chi cerca altri tipi di cure (dentali, estetiche ecc.): chi accede a cure fuori dai confini nazionali si trova inevitabilmente esposto al potere e al corrispondente rischio di scegliere cosa è meglio per la propria salute. I pazienti transfrontalieri sono descritti come soggetti attivi ed indipendenti, all'opposto di altri tipi di pazienti che, in altre ricerche, appaiono individui inattivi e dipendenti (SULIK G.A. - EICH-KROHM A. 2008). Questa descrizione dipende dal fatto che i pazienti transfrontalieri divengono protagonisti di numerose scelte che li inseriscono all'interno della categoria di soggetto agente e completamente responsabile del proprio destino (riproduttivo). Secondo l'etnografa e filosofa Annamarie Mol, la logica della scelta è un'idea molto pervasiva all'interno del contesto di cura occidentale. Un prodotto, come i servizi di assistenza sanitaria, deve essere chiaramente determinato all'interno della logica della scelta sottesa alle regole del mercato (MOL A. 2008). Le prestazioni, i servizi offerti o ciò che non è previsto dal servizio deve essere ben indicato per permettere al paziente/cliente di prendere una decisione ponderata in base agli elementi che esso ha a disposizione. Nel contesto dell'industria della riproduzione, questa logica non si applica solo ai pazienti, ma alle strutture e alle regolamentazioni rispetto alla mobilità degli stessi in stati europei (FOOTMAN K. *et al.* 2014) e non. In questo quadro, i pazienti assumono il ruolo di soggetti informati rispetto alle cure mediche e diventano pieni titolari di responsabilità e scelte da prendere (SULIK G.A. - EICH-KROHM A. 2008). Essere al centro e, ancora di più, essere il centro di decisioni e di scelte aumenta il livello di responsabilità rispetto all'intero percorso. Nel contesto della riproduzione medicalmente assistita la responsabilità del paziente non si arresta al ventaglio di scelte riproduttive da selezionare ma è direttamente calata su soggetti altri: i collaboratori riproduttivi (donatori, donatrici e surrogate) e i bambini che nasceranno.

FIVET e IUI

Essere pazienti in un percorso riproduttivo che prende corpo all'estero significa diventare (più o meno consapevolmente) intraprendenti protagonisti. Come visto poco sopra, significa prima di tutto dover prendere la "giusta" decisione rispetto alla clinica a cui rivolgersi; significa assumersi la responsabilità e l'impegno di seguire i consigli medici a distanza, coordinando e bilanciando l'essere diversamente pazienti tra Italia

e estero. Giulia (33 anni) aveva 30 anni quando ha deciso, assieme alla compagna Irene (49 anni), di andare in Spagna per avviare il percorso riproduttivo. Stavano insieme da poco più di un anno e mezzo quando hanno cominciato ad informarsi su come avere bambini. Hanno fatto alcune ricerche in internet, hanno chiacchierato con alcune amiche (iscritte a Famiglie Arcobaleno) e hanno provato a contattare una clinica della fertilità spagnola precedentemente utilizzata da conoscenti. A seguito dei primi scambi, il ginecologo del centro di Barcellona aveva suggerito loro di sottoporsi a stimolazione ovarica in vista della FIVET da effettuare in Spagna. Generalmente le fasi preparatorie si svolgono in Italia, pochi giorni prima della partenza per la clinica di destinazione. Questo periodo è scandito da controlli ginecologici e numerosi test per tenere sotto controllo l'andamento dell'ovulazione. Molte delle donne intervistate hanno testimoniato le frequenti difficoltà, soprattutto iniziali, nel trovare medici disposti a seguirle in un percorso di fecondazione che non si sarebbe concluso nella struttura a cui hanno chiesto l'assistenza preparatoria. In tali circostanze, i gruppi informali sono importanti canali nei quali reperire informazioni sui nominativi dei dottori da contattare, sui centri disponibili a seguire i loro percorsi e sui modi di reperire i medicinali prescritti da centri esteri. Anche in questi casi, spetta ai soggetti l'onere e la responsabilità di cercare in modo autonomo, senza alcuna tutela da parte dello stato (sociale) di appartenenza, il medico locale disposto a seguirli; con tutte le difficoltà che conseguono alla natura bifasica di questo genere di percorsi procreativi che sono monitorati prevalentemente in Italia ma che nascono e vengono tecnicamente realizzati all'estero. Come mostrato da chi, prima di me, si è occupato di pazienti transfrontalieri, i soggetti che accedono alla PMA in territorio straniero diventano spesso "dottori di sé stessi" (GUNNARSSON PAYNE J. 2018), dal momento che devono sia possedere una conoscenza specifica di alcune prassi del percorso che assumersi specifiche responsabilità in merito.

L'esempio di Rossana, che ha avuto un percorso riproduttivo tortuoso e che richiama molti casi etnografici raccolti, può essere utilizzato per dimostrare il modo in cui i pazienti transfrontalieri sono inseriti in quel limbo tra mobilità e frontiera all'interno del quale si annidano problematiche complesse, ancora ulteriori rispetto a quelle sopra esposte. La storia di Rossana inizia in Italia nel 2013 quando lei, 28 anni, e suo marito Mario, 31 anni, decidono di volere un bambino. Si rivolgono ad una clinica della fertilità siciliana poiché sanno che Mario, a seguito di cure chemioterapiche ricevute in giovane età, non ha spermatozoi e che, pertanto, hanno bisogno di un donatore di seme. Ignari del divieto di fecondazione etero-

loga imposto dalla legge 40/2004, si scontrano con la realtà che impone loro una radicale riorganizzazione dei passaggi procreativi. Rossana e Mauro iniziano così un lungo cammino, caratterizzato da una minuziosa ricerca di informazioni, dalla creazione di reti e di occasioni di confronto, di organizzazione di viaggi e di fallimenti riproduttivi. All'inizio del 2014 si recano in Danimarca, presso un ospedale con al suo interno un centro di procreazione assistita e una banca del seme nota per avere fra i donatori molti studenti universitari.

«Abbiamo fatto un primo tentativo in Danimarca, la prima inseminazione era semplice, senza stimolazione, quella che loro chiamano "ciclo naturale". Ma non è andata, così per tre volte. Siamo allora andati in Belgio perché avevamo conosciuto in rete una coppia, che è diventata nostra amica. Ma anche lì al terzo tentativo fallito...per la quarta e la quinta ti stimolano con le punture».

Grazie al suggerimento di una coppia di amici, si rivolgono ad un istituto belga che suggerisce loro di procedere con nuove inseminazioni semplici. A seguito di tre tentativi falliti, è Rossana stessa a richiedere al medico un intervento più invasivo ma, a suo avviso, con maggiori probabilità di riuscita. Rossana ha coniugato lavoro e viaggi e si è spostata in Belgio nei mesi successivi, senza il supporto del marito che aveva nel frattempo esaurito i giorni disponibili. Per la FIVET, l'istituto le aveva suggerito di eseguire le prime iniezioni ormonali in Italia e trasferirsi in Belgio nelle trentasei ore precedenti alla raccolta degli ovuli. L'istituto belga ha eseguito il primo trasferimento a ciclo fresco e senza alcuna stimolazione ormonale che preparasse l'utero a ricevere l'embrione.

«La prima volta mi hanno chiamata loro dopo tre giorni da quando mi avevano aspirato gli ovuli. Stavo in un albergo a 20 minuti dalla clinica, mi hanno detto: "Corri in clinica, è il momento giusto, gli altri [embrioni] stanno morendo, in vitro non si sviluppano, magari nell'utero uno se ne salva". La prima FIVET non è andata, mi hanno messo un embrione di tre giorni».

Al primo ciclo di ventuno ovuli estratti, si erano sviluppati quattro embrioni, di cui uno impiantato, mentre gli altri non si erano sviluppati dopo il terzo giorno. Rossana ha aspettato altri due mesi prima di ritornare in Belgio per un secondo tentativo di FIVET.

«La seconda FIVET stesso iter. Non ricordo il numero di ovuli, ma quattro si sono fecondati e sono cresciuti abbastanza. Uno me l'hanno messo dopo cinque giorni e gli altri li hanno congelati. Ma non è funzionato. Nemmeno questa volta non ho ricevuto medicinali per ricevere l'embrione. E nemmeno le altre due successive. L'ultimo transfer me l'hanno fatto al decimo giorno, in base agli sviluppi degli embrioni. Quando io chiedo spiegazioni, mi rispondevano: "E la natura". Io dico, con embrione con-

gelato non me lo vuoi dare un dosaggio? Il mio corpo come risponderà a questo embrione scongelato? Non so perché, ma nemmeno questi due tentativi sono andati».

Dopo nove tentativi falliti, Rossana ha deciso di proseguire il suo percorso e di non fermarsi. Ad una settimana dalla conclusione dell'ultimo ciclo, avvenuto nel 2018, ha navigato in internet e preso contatti con una clinica della fertilità californiana conosciuta attraverso alcuni conoscenti del gruppo informale di cui faceva parte che si erano recati presso l'istituto al fine di accedere a programmi di surrogazione di gravidanza. Rossana e Mario avevano fatto i loro accertamenti (in internet) ed appurato che la clinica avesse tassi di successo più elevati di quella a cui si erano in precedenza affidati. Così Rossana racconta il primo contatto con una clinica extraeuropea:

«Abbiamo fatto un consulto Skype con un medico del centro che ci ha spiegato come avvenisse da loro la FIVET. A differenza della clinica belga che faceva la FIVET, diciamo, "naturale", facevano un percorso diverso. Utilizzavano la ICSI, cioè non lasciavano i semini nel vetrino assieme agli ovuli, ma prendevano un seme e lo inserivano direttamente nell'ovulo; facevano la diagnosi preimpianto e impiantavano l'embrione solo dopo la sua crioconservazione. Ho parlato solo con il medico e poi è avvenuto tutto via e-mail; faceva strano parlare con un'infermiera così senza mai averla vista in faccia. Mi ha dato indicazioni su quali medicinali dovessi prendere e come. [...] Era molto più medicalizzata di quella del Belgio. Ho dovuto fare tante di quelle punture che alla fine del primo ciclo mi sono rimaste delle bruciate».

Rossana, come nei casi etnografici sopra indicati, ha dovuto recuperare i medicinali per iniezioni ormonali e trovare un ginecologo disposto ad effettuare tutte le visite durante queste fasi preparatorie. Ha successivamente affrontato i due viaggi sola: il primo per l'estrazione degli ovuli, avvenuto ad inizio anno; il secondo a distanza di quattro mesi per il trasferimento dell'embrione. A differenza della clinica belga, secondo Rossana quella californiana utilizza un metodo che ha definito come "più medicalizzato" dal momento che le era stato chiesto di preparare il suo corpo alla ricezione dell'embrione con quotidiane punture ormonali. Rientrata in Italia, venuta a conoscenza delle analisi del sangue che evidenziavano un ennesimo fallimento riproduttivo, ha richiesto un consulto Skype con il dottore.

«Avevo bisogno di sapere se mi ha fatto le analisi per vedere se ho dei problemi immunologici. Perché parlando con una signora che ha tentato per diverso tempo, aveva fatto otto FIVET e non era mai positivo, le hanno detto che era "sine causa". Poi un ginecologo l'ha mandata dall'immunologo e ha scoperto che lei aveva gli anticorpi anti-beta, anticorpi antifosfolipidici e le hanno controllato le quantità di NK e il rapporto tra TH1 e TH2. Per

farla breve, ha fatto una cura con cortisone ed eparina, ha fatto l'inseminazione artificiale ed è rimasta incinta di tre gemelli che adesso hanno sei anni. Volevo sapere se mi ha fatto qualche esame di questo tipo, in Belgio non me ne hanno fatto. Volevo sapere se avessi dovuto fare specifici esami del sistema immunitario. Loro non credo mi avessero fatto esami, se non quelli del sangue e delle urine come di routine».

La clinica californiana ha comunicato a Rossana la non attendibilità delle analisi richieste ma, a seguito dell'insistenza della paziente, ha prescritto controlli non eseguiti in precedenza (MRI controllo dell'utero, delle ovaie e delle tube) nonostante fosse ben noto l'articolato percorso riproduttivo che la paziente aveva alle spalle. All'esito di queste ulteriori e nuove indagini, Rossana ha confessato di essersi sentita – come molti dei pazienti intervistati – abbandonata nel mezzo di un'esperienza così tanto complessa.

La tortuosa vicenda di Rossana mi permette di introdurre e di evidenziare il modo in cui i pazienti transfrontalieri italiani si improvvisino dottori di sé stessi (mutuando l'espressione che ho prima citato) in differenti maniere; non solo per il fatto di acquisire lo status di pazienti a cavallo di diversi stati, ma anche e forse soprattutto in relazione all'uso che sono chiamati a fare delle conoscenze acquisite, come tanti autodidatti, durante le loro esperienze. Sulla scorta di queste informazioni autonomamente raccolte, gestite e elaborate avanzano richieste specifiche al personale sanitario. I pazienti sono investiti da un flusso di responsabilità, da quelle mediche a quelle logistiche, che vanno di pari passo con le scelte che i pazienti transfrontalieri devono necessariamente prendere: in quale stato recarsi, a quale clinica affidarsi, che tipo di donatori scegliere ecc. Le reti nelle quali Rossana era inserita hanno costruito specifici immaginari e influenzato certamente le sue aspettative e, quindi, le sue concrete richieste, come dimostra il caso dell'ascolto della conoscente e di come quest'ultima avesse raggiunto il proprio obiettivo riproduttivo dopo determinate indagini cliniche e dopo otto tentativi infruttuosi di FIVET.

Surrogazione di gravidanza

Secondo quanto raccolto, i soggetti delle mie ricerche hanno mostrato di essersi trovati soli a doversi confrontare con le proprie scelte, lontano da valutazioni esclusivamente mediche rispetto a salute e condizioni cliniche dei pazienti stessi. Tale peculiarità è rintracciabile in quasi tutti i racconti di chi ha intrapreso cure riproduttive transfrontaliere all'interno di cliniche della fertilità europee, ma può essere individuata in modo più visibile in contesti extraeuropei. I genitori di intenzione che hanno utilizzato pro-

grammi di surrogazione di gravidanza negli USA hanno restituito situazioni più complesse di quelle descritte all'interno dei confini europei⁽¹²⁾. Riporterò, più sotto, un'intervista con una coppia di aspiranti padri del centro Italia che ben evidenzia il modo in cui le principali decisioni o la "scelte giuste" siano lasciate alle valutazioni di pazienti. Filippo e Danilo facevano parte del gruppo di padri di intenzione che stava affrontando il percorso di surrogazione di gravidanza condividendolo con altre coppie; gruppo creato e gestito da una coppia del centro Italia, Mirko e Thomas, che per primi avevano avviato il programma di *surrogacy* in una clinica californiana e che aveva avuto un'esperienza da loro descritta e rappresentata come tra le più significative della loro vita.

«Io modero questo gruppo...sono nati quasi quindici bambini fino ad ora. Siamo una cinquantina di coppie di padri e aspiranti. Parliamo di molte cose: di gravidanza, di possibili aborti, di transfert falliti...considerando che stiamo facendo tutto questo dall'altra parte del mondo...lo stare insieme, l'aver un contatto, ci fortifica e rassicura. Ci scambiamo consigli e suggerimenti, impariamo a navigare assieme» (Thomas, 2015).

Thomas e Mirko avevano raccontato al gruppo informazioni pratiche, ma soprattutto avevano condiviso narrazioni rispetto all'umanità dei medici, alla sintonia e all'amicizia creata con la donatrice e al modo in cui avessero tessuto una relazione particolare con "la loro *surrogate*" che aveva messo al mondo due gemelli: Michele (connesso geneticamente a Mirko) e Lidia (connessa geneticamente a Thomas).

«Abbiamo chiesto di poter conoscere la donatrice e siamo diventati molto amici con lei, è venuta a trovarci quando sono nati i *twins* e anche a casa qui in Italia. [...] Anche con la nostra *surrogate* si è creato un rapporto molto bello, abbiamo vissuto un'esperienza pazzesca: lei ci ha ospitati a casa sua, nella sua villa sulle colline di Los Angeles. Andavamo a dormire abbracciati per darci la buonanotte e abbiamo vissuto assieme per circa tre mesi dopo il parto perché Michele e Lidia sono nati prematuri. Abbiamo creato un rapporto molto intenso e siamo ancora in contatto con entrambe; la nostra *surrogate* ci manda foto, regali, ci videochiamiamo, fa parte della nostra famiglia».

Molti aspiranti padri di questa cerchia avevano avviato programmi nella medesima clinica o in altre cliniche californiane, desiderando la possibilità di vivere esperienze analoghe a quelle che Thomas e Mirko avevano negli anni rappresentato: conoscere personalmente la donatrice, creare embrioni utilizzando il seme di entrambi i padri (ovuli di una donatrice inseminati alcuni con il seme di un padre di intenzione, i rimanenti con il seme dell'altro padre di intenzione) e trasferire idealmente due embrioni (ciascuno collegato ad un differente padre, generalmente un maschio e

una femmina) nel corpo di una sola donna surrogata⁽¹³⁾. Filippo e Danilo, coppia di aspiranti padri, con questo immaginario, si era rivolta al medesimo centro, cercando di ricalcare le orme dei moderatori del gruppo.

«Il dottore, dopo averci dato un quadro di come funzionasse il percorso, ci ha fatto un discorso del tipo: "Ci sono tre assi sui quali dovete ponderare la vostra decisione. Il primo è quello medico e da dottore vi ho elencato e descritto i rischi di una gravidanza gemellare e tutte le complicazioni che possono verificarsi, non solo per i bambini ma anche per la surrogata stessa. Il secondo è sul piano economico e qui sapete voi quale sia la strada migliore per voi. Ovvero, se non avete tanti soldi a disposizione, sicuramente risparmiate a impiantare due embrioni e a fare il percorso con una sola surrogata, piuttosto che affrontare tutte le spese due volte con due donne diverse. Il terzo piano è quello emotivo. E questo dipende tutto da voi, da quello che desiderate e da come pensate possa essere il vostro futuro con uno o due bambini».

Il medico ha descritto loro cosa comportasse, sia in termini medici che in termini economici, optare per il concepimento e la nascita di gemelli di sesso opposto, ciascuno connesso ad un padre, partoriti nello stesso momento dalla stessa donna. Per quanto riguarda la donatrice, tale scelta significa dover produrre un numero elevato di ovuli da inseminare, così da poter disporre – per ciascun padre di intenzione – di una gamma di embrioni divisi per sesso. Questo si traduce nella selezione, fra quelle disponibili, di una donatrice in grado di produrre o che abbia già prodotto (nel caso di banche di crioconservazione) un'elevata quantità di ovociti⁽¹⁴⁾. Per quanto riguarda la surrogata, invece, comporta la necessità di trovare una donna disposta a portare avanti una gravidanza gemellare. In questi scenari, elencati panorama clinico e rischi, sono i pazienti transfrontalieri a doversi assumere la responsabilità di prendere una decisione che impatterà in modo concreto e consistente non solo sulle collaboratrici riproduttive (donatrici e surrogate), ma anche potenzialmente sulla nascita e poi sulla salute dei bambini (quest'ultima soggetta al rischio di eventuali complicazioni connesse a parti prematuri)⁽¹⁵⁾. La coppia di aspiranti genitori, dopo essersi confrontata con il gruppo e raccolto esperienze di gravidanze gemellari, ha optato per inserire due embrioni, un maschio e una femmina, per le ragioni che Filippo ha descritto con precisione:

«Non disponiamo di una cifra per fare due surroghe. Abbiamo già aperto un mutuo per questo nostro desiderio e la somma che abbiamo può coprire una solo una gravidanza. L'idea di avere gemelli, un maschietto e una femminuccia, ci piace davvero molto; abbiamo tanti amici che li hanno e vedere due bimbi crescere in un rapporto così bello ci piace molto. Il dottore ci ha detto che anche inserendone due non è detto che attecchiscano entrambi. Noi ci proviamo e vediamo come va».

Nell'esperienza di Danilo e Filippo, così come molti padri intervistati che hanno scelto di impiantare contemporaneamente due embrioni, la coppia ha ponderato la scelta dando maggior rilevanza ai versanti emotivo-economici rispetto a quelli più strettamente medici⁽¹⁶⁾. Nel contesto della riproduzione transfrontaliera è il paziente che decide per sé e, indirettamente, per altri. L'immaginario prodotto e costruito da cerchie amicali e le informazioni condivise (sia in rete che attraverso canali informali) – anche in questo caso – hanno scolpito uno specifico percorso da ripercorrere, offrendo un risultato ideale da raggiungere anziché mettere in discussione un modello in via di definizione. per valutarne la rispondenza ai tanti profili di una situazione articolata che, per essere compresa nella sua complessità, richiederebbe invece competenze specialistiche molto raffinate.

Conclusioni

Questo articolo offre, nella mia intenzione, un'analisi dei mutamenti che hanno interessato il panorama di pazienti transfrontalieri italiani nel corso di una decina di anni. A causa di restrizioni legali e del progressivo spostamento in avanti dell'età dedicata alla riproduzione, sempre più soggetti si muovono oltre i confini dei propri paesi per accedere a PMA e/o *surrogacy* all'estero. Come ho cercato di descrivere e spiegare, i pazienti transfrontalieri italiani tendono a muoversi entro canali già tracciati e a ripercorrere un modello – in forma di costruzione. I soggetti delle mie ricerche hanno acquisito informazioni e al contempo aiutato a costruire un immaginario specifico relativo alla riproduzione che prende corpo all'estero grazie alla fruizione e alla costituzione di gruppi informali. Presoché tutti hanno confermato l'importanza di creare comunità nella quale scambiarsi consigli, opinioni e collettivamente ragionare sull'"eccentricità" delle proprie composizioni familiari (nei casi di omogenitorialità) e di marginalità delle esperienze riproduttive transfrontaliere. La condivisione di storie ha così alimentato nuove aspirazioni e nuove opere di immaginazione (APPADURAI A. 1996). L'accesso alle nuove tecnologie, da un lato, e la possibilità di entrare in contatto con persone che hanno intrapreso simili percorsi costruendo immaginari condivisi, dall'altro, possono essere configurati come apertura di spazi nei quali comporre nuove traiettorie riproduttive che, tuttavia, si muovono su binari ben definiti. Tali rappresentazioni si inseriscono all'interno di quell'immaginario sociale (TAYLOR C. 2005 [2004]) in cui le persone pensano i propri mondi e aspirano a

costruirsi un futuro altro. Tali immaginari «si distinguono dalle pratiche incorporate perché trovano espressione a livello simbolico» (MATTALUCCI C. 2012: 12) e sono diffusi attraverso la propagazione mediatica di testimonianze e di storie di altre famiglie che hanno già sperimentato simili esperienze.

All'interno di tali percorsi, si individua una serie ampia di rischi, oltre ai già citati e presenti in letteratura (FERRARETTI A.P. *et al.* 2010; GUNNARSSON PAYNE J. 2018) direttamente collegabili alla circolazione di specifici immaginari. Difficoltà linguistiche, incomprensioni culturali o problemi con le prescrizioni mediche rendono i soggetti dipendenti dalle proprie cerchie informali. Sostengo che le piattaforme di confronto virtuale assurgono a fonte principale e in parte autorevole con la quale confrontarsi e ragionare rispetto a quali decisioni prendere. Sebbene tali gruppi siano un importante centro di raccolta e reperimento di informazioni, restano comunque spazi non verificati perché si compongono delle esperienze e delle percezioni dei singoli partecipanti, con la possibilità che al loro interno possano anche circolare errate informazioni mediche o, come ho mostrato, specifiche rappresentazioni che condizionano la sorte di casi dissimili. In questo quadro, sia il concetto di narrazione di Bruner che quello di singola storia di Chimamanda Ngozi Adichie sono state utili categorie per mettere in luce alcune dinamiche che tendono a crearsi all'interno di flussi di pazienti transfrontalieri (BRUNER E.M. 1986, ADICHIE C.A. 2009) Il concetto di narrazione di Bruner ha permesso di evidenziare come la circolazione di informazioni, di pazienti e gli scambi che essi articolano impattino sia nell'immaginario sociale che nella realtà degli intervistati e dei futuri pazienti. Abbiamo visto come le narrazioni “ordinano il presente” e “costruiscono la realtà” e come i gruppi informali di riferimento abbiano un ruolo centrale nel susseguirsi delle tappe che via via tracciano i percorsi riproduttivi transfrontalieri. Sulla scorta delle sollecitazioni di Chimamanda Ngozi Adichie e di Elly Teman (ADICHIE C.A. 2009, TEMAN E. 2019), ho evidenziato inoltre il modo in cui le “singole storie” si ripercuotono concretamente sulle pratiche e sulle scelte individuali. Gli immaginari e le storie che articolano il presente possono avere degli influssi specifici sulla realtà dei pazienti transfrontalieri che, ribadisco, divengono i principali, se non unici, protagonisti delle decisioni rispetto ai percorsi riproduttivi e spesso i soli a doversi assumere ogni responsabilità circa le conseguenze delle scelte compiute.

Note

⁽¹⁾ Ringrazio tutti i soggetti che hanno partecipato alle mie ricerche per aver condiviso con me esperienze tanto intime e delicate. Ringrazio i revisori anonimi per i loro consigli. Un ringraziamento particolare a Chiara Cappellini per aver letto e commentato (in modo prezioso) la prima versione di questo articolo.

⁽²⁾ Per un approfondimento cfr. HUDSON N. *et al.* 2011.

⁽³⁾ Traduzione dell'Autrice.

⁽⁴⁾ Traduzione dell'Autrice.

⁽⁵⁾ Traduzione dell'Autrice.

⁽⁶⁾ Dal 1978 ad oggi, le statistiche stimano siano venuti al mondo circa 8 milioni di bambini grazie a queste tecniche. Secondo i dati ESHRE (European society of human reproduction and embryology), negli ultimi 40 anni, sono nati circa 8 milioni di bambini da fecondazione assistita. Secondo i dati forniti dall'Associazione Luca Coscioni, le coppie italiane che hanno fatto ricorso alla PMA dal 2015 al 2018 sono passate da 74.292 a 77.522. Se consideriamo che in Italia vige la legge 40/2004, legge che regola l'accesso alla PMA e che impone una serie di limitazioni per specifici individui (*single* ed omosessuali), vietando alcune tecniche, è evidente che i soggetti italiani che fanno ricorso alla PMA siano più di 77.000.

⁽⁷⁾ Tutti i nomi riportati nell'articolo sono fittizi per garantire l'anonimato ai soggetti che hanno partecipato alle mie ricerche.

⁽⁸⁾ Per un'esplorazione del concetto di "singola storia" cfr. ADICHIE C.N. 2009 e TEMAN E. 2019.

⁽⁹⁾ Per un approfondimento del percorso di surrogazione di gravidanza di aspiranti padri gay cfr. GUERZONI C.S. 2017.

⁽¹⁰⁾ Per limiti da rispettare, non approfondirò qui questo aspetto. Altrove (Berend, Autrice, in corso pubblicazione) si legge come l'aumento di domanda e di flussi di pazienti internazionali in cerca di programmi di *surrogacy* in California abbiano favorito l'aumento di cliniche della fertilità non regolate e l'aumento, in termini economici, delle proposte di indennizzo per donatrici e surrogate.

⁽¹¹⁾ Traduzione dell'Autrice.

⁽¹²⁾ Genitore di intenzione è un'espressione che è entrata nel linguaggio comune e che si riferisce a chi stia compiendo un percorso di procreazione medicalmente assistita e che non abbia ancora acquisito lo status di genitorialità. È un'espressione utilizzata da molti soggetti coinvolti nelle mie ricerche e da soggetti coinvolti in altri studi, cfr. GRILLI S. 2014.

⁽¹³⁾ La conoscenza del sesso degli embrioni è possibile grazie alle analisi genetiche pre-impianto (PGS e PGD test). Il PGS riguarda il numero di cromosomi per cellula di ogni embrione. Il PGD è un'analisi più dettagliata che legge i geni specifici nel DNA della cellula, cercando collegamenti eventuali rispetto malattie genetiche note. Tali indagini sofisticate servono a decretare la qualità degli embrioni e, di conseguenza, decidere quali trasferire. Nelle cliniche statunitensi i test vengono proposti e promossi in funzione della selezione del sesso del nascituro e quindi come "bilanciamenti familiari". Riporto una descrizione di una clinica della fertilità di Washington visibile sul sito web dell'istituto: "Una "famiglia equilibrata" è una famiglia con un numero uguale di bambini maschi e femmine. Molti genitori sentono il forte desiderio di completare le loro famiglie con l'aggiunta di un figlio o una figlia. Esistono tecnologie che possono determinare il sesso di un embrione, prima dell'impianto / gravidanza. Alla GIVF offriamo questa tecnologia alle coppie che hanno già almeno un figlio e che vorrebbero avere un altro figlio del genere non rappresentato (o sottorappresentato). Questo programma è denominato "Family Balancing". URL: <https://www.givf.com/familybalancing/faq.shtml> (consultato il 10 ottobre 2018).

⁽¹⁴⁾ Nelle due cliniche nella quali ho condotto ricerca, ho raccolto informazioni in merito a donatrici e produzioni di ovuli. Il numero degli ovuli che ogni donatrice produce è differente; in alcuni casi 20, in altri 45. Ho registrato testimonianze dirette di alcune donatrici che hanno prodotto dai 50 ai 65 ovociti ciascuna.

⁽¹⁵⁾ Esistono complicazioni ostetriche: «[...] problemi di screening prenatale, un'aumentata incidenza di preeclampsia, emorragia pre parto, travaglio pretermine, ritardo della crescita intrauterina e parto chirurgico e assistito» (GUNNARSSON PAYNE J. 2018: 161). Possono verificarsi complicazioni neonatali; esistono numerose pubblicazioni scientifiche, ad esempio "Assisted reproductive technology and risk of adverse obstetric outcomes in dichorionic twin pregnancies: a systematic review and meta-analysis" (2016) nel quale le conclusioni evidenziano «I tassi di placenta previa, taglio cesareo elettivo, parto prematuro, parto molto pretermine, basso peso alla nascita e malformazioni congenite erano significativamente più alti nelle gravidanze gemellari dicorionali dopo uso di PMA». Rimando a pubblicazioni medico-scientifiche disponibili su diversi siti internet quali ad esempio, articoli clinico-scientifici prodotti da ASMR (American society for reproductive medicine) o piattaforme della stessa società contenente materiale informativo per pazienti: URL: <https://www.asrm.org/resources/patient-resources/google-adwords-landing-pages/multiple-pregnancy-is-risky/> (consultato il 10 ottobre 2018).

⁽¹⁶⁾ Nella seconda ricerca (2014 - 2017) condotta su diciotto coppie, quattordici sono diventate padri (quattro erano nel processo). Di quattordici coppie: sette coppie sono diventate padri di gemelli (un maschio e una femmina connessi ognuno a ciascun padre), un padre *single* è diventato padre di gemelli (un maschio e una femmina), due coppie sono diventate padri di gemelli (dello stesso sesso connessi ognuno a ciascun padre), gli altri quattro hanno scelto di impiantare un solo embrione. Nella terza ricerca (2017 - in corso): sei coppie hanno deciso di impiantare due embrioni connessi geneticamente a ciascun padre, le altre quattro erano esperienze di eterogenee (due padri *single* e due coppie già padri alla loro seconda esperienza). La coppia di donne ha richiesto che fosse inserito un solo embrione così come le tre coppie eterosessuali intervistate.

Bibliografia

- ADICHIE Chimamanda Ngozi (2009), *The Danger of a Single Story*, TEDGlobal, URL: https://www.ted.com/talks/chimamanda_adichie_the_danger_of_a_single_story, (consultato il 10 ottobre 2018).
- APPADURAI Arjun (1996), *Modernity at Large: Cultural Dimensions of Globalization*, University of Minnesota Press, Minneapolis.
- BRUNER Edward M. (1986), *Ethnography as Narrative*, pp. 139-155, in TURNER Victor W. e BRUNER Edward M. (curatori), *The Anthropology of Experience*, University of Illinois Press, Urbana.
- CULLEY Lorraine - HUDSON Nicky - BLYTH Eric - NORTON Wendy - PACEY Allan - RAPPORT Frances (2011), *Transnational Reproduction: An Exploratory Study of UK Residents Who Travel Abroad for Fertility Treatment. Summary Report*, ESRC Science in Society Programme, Wiltshire, UK.
- FERRARETTI Anna Pia - PENNINGS Guido - GIANAROLI Luca - NATALI Francesca - MAGLI Maria Cristina (2010), *Cross-Border Reproductive Care: A Phenomenon Expressing the Controversial Aspects of Reproductive technologies*, "Reproductive BioMedicine Online", vol. 20, n. 2, 2010, pp. 261-266.
- FOOTMAN Katharine - KNAI Cécile - BAETEN Rita - GLONTI Ketevan - MCKEE Martin (2014), *Policy Summary 14: Cross-border healthcare in Europe*, http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/263538/Cross-border-health-care-in-Europe-Eng.pdf?ua=1 (consultato il 10 ottobre 2018).
- GARRO Linda - MATTINGLY Cheryl (2000), *Narratives as Construct and Construction*, pp. 1-50, in GARRO Linda - MATTINGLY Cheryl (curatori), *Narratives and the Cultural Construction of Illness and Healing*, University of California Press, Berkeley.
- GAONKAR Dilip Parameshwar (2002), *Toward New Imaginaries: An Introduction*, "Public Culture", vol. 14, n. 1, 2002, pp. 1-19.

- GRILLI Simonetta (2014), *Scelte di filiazione e nuove relazionalità. Riflessioni a margine di una ricerca sull'omogenitorialità in Italia*, "Voci. Annuale di Scienze Umane", vol. XI, 2014, pp. 24-42.
- GUERZONI Corinna Sabrina (2017), *Generare oltre i corpi. Progetti genitoriali, percorsi riproduttivi e pratiche di surrogacy: il viaggio oltreoceano di padri gay italiani*, pp. 61-88, in MATTALUCCI Claudia (curatrice), *Antropologia e riproduzione. Attese, fratture e ricomposizioni nelle esperienze di procreazione e genitorialità in Italia*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Gürtin Zeynep B. - INHORN Marcia C. (2011), *Introduction: Travelling for Conception and the Global Assisted Reproduction Market*, "Reproductive Biomedicine Online", vol. 23, n. 5, novembre 2011, pp. 535-537.
- GUNNARSSON PAYNE Jenny (2018), *Becoming your own doctor: Age-restrictions, risks and transnational egg- and embryo donation*, pp. 157-167, in RYAN-FLOOD Roisin - GUNNARSSON PAYNE Jenny (curatrici), *Transnationalising Reproduction. Third Party Conception in a Globalised World*, Routledge, London.
- HUNT Jennifer (2013), *Cross border treatment for infertility: the counselling perspective in the UK*, "Human Fertility", vol. 16, n. 1, giugno 2013, pp. 64-67.
- HUDSON Nicky - CULLEY Lorraine - BLYTH Eric - NORTON Wendy - RAPPORT Frances - PACEY Allan (2011), *Cross-border reproductive care: a review of the literature*, "Reproductive Biomedicine Online", vol. 22, n. 7, 2011, pp. 673-685.
- INHORN Marcia C., PATRIZIO Pasquale (2009), *Rethinking reproductive "tourism" as reproductive "exile"*, "Fertility and Sterility", vol. 92, n. 3, settembre 2009, pp. 904-906.
- INFERTILITY NETWORK UK (2008), *The Infertility Network UK fertility tourism survey results*. Available from <http://www.hfea.gov.uk/fertility-clinics-treatment-abroad.html>. Authority Committee Paper 10, Annex D.
- MATTALUCCI Claudia (2012), *Etnografie di genere. Immaginari, relazioni e mutamenti sociali*, Edizioni Altravista, Pavia.
- MATTALUCCI Claudia (2017), *Antropologia e riproduzione. Attese, fratture e ricomposizioni nelle esperienze di procreazione e genitorialità in Italia*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
- MELHUUS Marit (2007), *Procreative Imaginations: When Experts Disagree on the Meanings of Kinship*, pp. 37-56, in LIEN Marianne Elisabeth - MELHUUS Marit (curatori), *Holding Worlds Together: Ethnographies of Knowing and Belonging*, Berghahn Books, New York.
- MOL Annemarie (2008), *The Logic of Care. Health and the Problem of Patient Choice*, Routledge, London & New York.
- PENNINGS Guido (2002), *Reproductive Tourism as Moral Pluralism in Motion*, "Journal of Medical Ethics", vol. 28, n. 6, 2002, pp. 337-341.
- PENNINGS Guido (2004), *Legal Armonization and Reproductive Tourism in Europe*, "Human Reproduction", vol. 19, n. 12, dicembre 2004, pp. 2689-2694.
- PENNINGS Guido (2009), *International Evolution of Legislation and Guidelines in Medically Assisted Reproduction*, "Reproductive Biomedicine Online", vol. 18, Suppl. 2, 2009, pp. S15-S18.
- PENNINGS Guido - DE WERT Guido - SHENFIELD Françoise - COHEN Jacques - TARLATZIS Basil - DEVROYE Paul (2008), *ESHRE Task Force on Ethics and Law 15: Cross-Border Reproductive Care*, "Human Reproduction", vol. 23, n. 10, October 2008, pp. 2182-2184.
- SHENFIELD Françoise - DE MOUZON Jacques - PENNINGS Guido - FERRARETTI Anna Pia - ANDERSEN Anders - DE WERT Guido - GOOSSENS Veerle (2010), *Cross Border Reproductive Care in Six European Countries*, "Human Reproduction", vol. 25, n.6, 2010, pp. 1361-8.
- SALAMA Mahmoud - ISACHENKO Vladimir - ISACHENKO Evgenia - RAHIMI Gohar - MALLMANN Peter - WESTPHAL Lynn M. - INHORN Marcia C. - PATRIZIO Pasquale (2018), *Cross Border Reproductive Care (CBRC): A Growing Global Phenomenon with Multidimensional Implications (A Systematic and Critical Review)*, "Journal of Assisted Reproduction and Genetics", vol. 35, n. 7, 2018, pp. 1277-1288.

SULIK Gayle A. - EICH-KROM Astrid (2008), *No longer a patient: the social construction of the medical consumer*, pp. 3-28, in CHAMBRÉ Susan - GOLDNER Melinda (curatrici), *Patients, Consumers and Civil Society*, "Advances in Medical Sociology", vol. 10, 2008.

TAYLOR Charles (2005 [2004]), *Gli immaginari sociali moderni*, traduz. dall'inglese e cura di Paolo Costa, Meltemi, Roma [ediz. orig.: *Modern Societies and Collective Imaginaries*, Duke University Press, Durham, 2004]

TEMAN Elly (2019), *The Power of the Single Story: Surrogacy and Social Media in Israel*, "Medical Anthropology", vol. 38, n. 3, 2019, pp. 282-294.

URRY John (2007), *Mobilities*, Polity Press, Cambridge.

VALASKIVI Katia - SUMIALA Johanna (2014), *Circulating Social Imaginaries: Theoretical and Methodological Reflections*, "European Journal of Cultural Studies", vol. 17, n. 3, giugno 2014, pp. 229-243.

ZANINI Giulia (2013), *Riproduzione transnazionale: single e coppie omosessuali in viaggio verso la genitorialità*, pp. 167-177, in LOMBARDI Lia - DE ZORDO Silvia (curatrici), *La procreazione medicalmente assistita e le sue sfide. Generi, tecnologie e disuguaglianze*, Franco Angeli, Milano.

Scheda sull'Autrice

Corinna Sabrina Guerzoni è nata a Milano il 10 aprile 1987. È Postdoctoral Fellow presso il Western Fertility Institute (California) e Docente a contratto in Antropologia Culturale presso l'Istituto Europeo di Design (Milano, Italia). Nel 2013 la sua tesi magistrale – un' esplorazione etnografica della maternità lesbica in Italia – ha vinto il primo premio "Mara Baiocchi" come migliore tesi in LGBT e Gender Studies. Nel 2016 è stata Visiting Researcher presso la San Diego State University, Dipartimento di Women's Studies (California). Nel 2017 ha conseguito il Dottorato in Antropologia Culturale e Sociale presso l'Università degli Studi di Milano-Bicocca. I suoi temi di interesse sono la riproduzione, il genere, le nuove forme di genitorialità, l'antropologia della parentela, di genere e l'antropologia medica.

Riassunto

Alla ricerca della "fertilità". Immaginari e percorsi riproduttivi di pazienti transfrontalieri italiani

L'articolo si basa su tre differenti ricerche etnografiche (2012; 2014-2017; 2017 - in corso) e si focalizza sui percorsi riproduttivi di pazienti transfrontalieri italiani. Utilizzando il concetto di narrazione di Edward M. Bruner e di "storia singola" di Ngozi Chimamanda Adichie, mette in luce come le storie condivise dai pazienti modellino la realtà e influenzino scelte, pratiche e percorsi di futuri pazienti.

Parole chiave: riproduzione medicalmente assistita, pazienti transfrontalieri, fertilità.

Résumé

En quête de “fertilité”. Imaginaires et parcours reproductifs des patients transfrontaliers italiens

L'article est basé sur trois enquêtes ethnographiques différentes, dont une toujours en cours (2012; 2014 - 2017; 2017 - aujourd'hui), et porte sur les parcours reproductifs des patients transfrontaliers italiens. En utilisant le concept de narration de Edward M. Bruner et d'“histoire unique” de Ngozi Chimamanda Adichie, il souligne la manière dont les récits partagés par le récit des patients façonnent la réalité et influencent les choix, pratiques et parcours des futurs patients.

Mots-clés: procréation médicalement assistée, patients transfrontaliers, fertilité.

Resumen

En busca de la “fertilidad”. Imaginarias y reproductivas vías de pacientes transfronterizos italianos

El artículo se basa en tres investigaciones etnográficas diferentes (2012; 2014 - 2017; 2017 - en curso) y se centra en las vías reproductivas de los pacientes italianos transfronterizos. Utilizando el concepto de narración de Edward M. Bruner y la “historia única” de Ngozi Chimamanda Adichie, se mostrará cómo las historias compartidas por los pacientes modelan la realidad e influyen en las decisiones, prácticas y caminos de los futuros pacientes.

Palabras clave: reproducción médicamente asistida, pacientes transfronterizos, fertilidad.

Abstract

Looking for “fertility”. Imaginary and Reproductive Pathways of Italian Cross-Border Patients

The article is based on three different ethnographic researches (2012; 2014 - 2017; 2017-ongoing) and it focuses on the reproductive pathways of Italian cross-border patients. Using the concept of narrative by Edward M. Bruner and the “single story” of Ngozi Chimamanda Adichie, it will show how stories shared by patients model the reality and influence choices, practices and paths of future patients.

Keywords: artificial reproductive technologies, cross-border patients, fertility.