LDF

NUOVE FORME DI FILIAZIONE E GENITORIALITÀ

PRINCIPI E PRASSI NELLE REALTÀ MUSULMANE

Federica Sona

Collegio Carlo Alberto

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI TORINO

Collegio Carlo Alberto

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI TORINO

LABORATORIO DEI DIRITTI FONDAMENTALI

Comitato scientifico

Pasquale De Sena, Marie-Claire Foblets, Bianca Gardella Tedeschi,

Michele Graziadei, Giorgio Malinverni, Paul Tavernier

Direttore

Vladimiro Zagrebelsky

Il Laboratorio dei Diritti Fondamentali – LDF – ha iniziato la sua attività in Torino nel 2011. Il Laboratorio svolge ricerche sui diritti fondamentali, con principale attenzione alla concretezza della loro protezione nei diversi momenti, luoghi e occasioni della vita delle persone. Il Laboratorio, secondo l'insegnamento della Corte europea dei diritti umani, si cura di «diritti concreti ed effettivi e non teorici e illusori». Con le sue ricerche il Laboratorio cerca le soluzioni idonee e praticabili offerte dall'esperienza o suggerite dallo studio interdisciplinare dei diritti umani.

LDF Laboratorio dei Diritti Fondamentali

opera all'interno del Collegio Carlo Alberto, Università degli Studi di Torino.

La presente ricerca è stata condotta in collaborazione con

Max Planck Institute for Social Anthropology
Department 'Law & Anthropology'

LDF – Laboratorio dei Diritti Fondamentali – www.labdf.eu

Collegio Carlo Alberto, piazza Arbarello 8, 10122 Torino; e-mail: ldf@labdf.eu

LABORATORIO DEI DIRITTI FONDAMENTALI

NUOVE FORME
DI FILIAZIONE E GENITORIALITÀ

PRINCIPI E PRASSI
NELLE REALTÀ MUSULMANE

Federica Sona

Fondazione Collegio Carlo Alberto Editore

Traduzione dall'originale in lingua inglese di Lydia Corbelli e Federica Sona

I lettori che desiderano informarsi sui libri e sull'insieme delle attività della Collegio Carlo Alberto possono consultare il sito Internet: https://www.carloalberto.org

---

ISBN 9788894527810

Copyright © 2020 by Fondazione Collegio Carlo Alberto Editore, corso Vittorio Emanuele II, 75, 10128, Torino.

Tutti i diritti sono riservati. Nessuna parte di questa pubblicazione può essere fotocopiata, riprodotta, archiviata, memorizzata o trasmessa in qualsiasi forma o mezzo – elettronico, meccanico, reprografico, digitale – se non nei termini previsti dalla legge che tutela il Diritto d'Autore.

Indice

Prefazione di V. Zagrebelsky e M.C. Foblets 7

CAPITOLO PRIMO
Il contesto d'indagine 11
1. La ragione dello studio 11
2. Alcune precisazioni terminologiche: RMA, PMA e TRA 13
3. Perché PMA, RMA e TRA? 14
4. Il bacino d'utenza dei trattamenti di fertilità: i «nuovi» Italiani 20
5. Perché i musulmani (italiani)? 25
6. Soggetti e metodi d'indagine 30
6.1. Centri medici e cliniche locali eroganti procedure di PMA 31
6.2. Mediatori culturali locali 34
6.3. Pazienti sottopostisi a trattamenti di fertilità 34
6.4. Figure religiose e associazioni islamiche 36
7. Il piano dello studio 37

CAPITOLO SECONDO
La procreazione medicalmente assistita in Italia 39
1. Sistema giuridico italiano e trattamenti di fertilità consentiti 39
2. Prestatori di assistenza sanitaria che offrono servizi di PMA 41
3. Registro dei centri per la fertilità accertati e autorizzati 43
4. La legge sulla PMA e la giurisprudenza 45
5. Centri e tecniche di procreazione medicalmente assistita 49
6. Centri per la procreazione medicalmente assistita a Torino 55

CAPITOLO TERZO
PMA conforme alla *sharīʿah* e rimedi all'assenza di prole 61
1. Mondo musulmano e famiglie *ḥalāl* 61
2. TRA, PMA e *islām* 62
3. L'importanza della procreazione 67
4. Rimedi tradizionali all'assenza di prole conformi alla *sharīʿah* 69
4.1. Atti di culto e accettazione di infertilità e sterilità 70
4.2. Cambiamenti nelle famiglie nucleari dei genitori intenzionali 73
4.3. Adozione, affidamento e tutela dei minori 79
5. Concepimento e riproduzione medicalmente assistiti 84
6. Formule procreative moderne conformi alla *sharīʿah* 88
6.1. TRA e PMA secondo i musulmani sunniti 89
6.2. TRA e PMA secondo i musulmani sciiti 93
7. Aspetti (potenzialmente) problematici di TRA e PMA conformi alla *sharīʿah* 98
7.1. Esclusivamente pazienti musulmani coniugati 98
7.2. Professioniste medico-sanitarie musulmane 101
7.3. Procedure mediche connesse alla PMA e pazienti musulmani 105

CAPITOLO QUARTO
Pazienti musulmani e prestatori di assistenza sanitaria italiani 115
1. Etnografia nelle cliniche della fertilità locali 115
2. Le impressioni del personale medico-sanitario 116
2.1. I pazienti musulmani 116
2.2. Le coppie musulmane 119
2.3. Le madri intenzionali musulmane 122
3. Offerta di TRA e PMA conformi alla *sharīʿah* 126
3.1. Rapporto medico-paziente 127
3.2. Richieste specifiche durante il *ramadhān* 131
3.3. Crioconservazione di embrioni, eugenetica e diagnosi prenatale 133
4. Bisogni e problematiche emergenti 137
4.1. Difficoltà nella comunicazione 137
4.2. Costumi e tradizioni 144
4.3. Progetti migratori dei pazienti 148
5. Segreti taciuti 152
5.1. Limitazioni nel rivelare il ricorso alla PMA 152
5.2. Adozione e affidamento (non) conformi alla *sharīʿah* 158
6. Comprendere gli aspiranti genitori musulmani 161

CAPITOLO QUINTO
Pazienti musulmani locali 167
1. Accesso e utilizzo delle cliniche della fertilità locali 167
2. Quantificazione dei pazienti musulmani 167
3. Individuazione dei pazienti musulmani 172
4. Quadro clinico dei pazienti musulmani 178
5. Procedure ed esiti della RMA 183
6. Trattamenti eterologhi (non) conformi alla *sharīʿah* 186
7. Cicli di fertilità: costi e benefici 190
8. Trattamenti di fertilità e liste d'attesa dei pazienti 194

CAPITOLO SESTO
Osservazioni conclusive 203
1. Nuove forme di genitorialità e filiazione 203
2. Prospettive italiane e islamiche in merito alla PMA 204
3. Trattamenti di fertilità: differenti formae mentis a confronto 206
4. Aspiranti genitori musulmani: specificità oltre gli stereotipi 210
5. Dinamiche contemporanee e future linee d'azione 215

Bibliografia……219

Prefazione

Questo rapporto di ricerca di Federica Sona è il risultato di un progetto portato avanti congiuntamente dal Laboratorio dei Diritti Fondamentali (di qui in poi LDF) e dal Dipartimento di antropologia giuridica del Max Planck Institute for Social Anthropology (di qui in poi DAG). Rappresenta un esempio eccellente del tipo di collaborazione interdisciplinare che i due istituti hanno stabilito, sostenendo progetti di ricerca analoghi a quello condotto dalla dottoressa Sona.

La scelta dell'oggetto di studio è stata inizialmente concordata dall'autrice con LDF e successivamente supportata da DAG. Le ricerche promosse da LDF hanno l'intento di esplorare la vita reale dei diritti umani, ossia chiarire come tali diritti si traducano in concreto, e di confrontarla con l'enunciazione del dato giuridico, per cercare di identificare eventuali scarti tra i due piani ed esaminare se siano sorti deficit di protezione nel corso del processo di attuazione. Secondo una formula adottata dalla Corte europea dei diritti dell'uomo e ripresa da LDF, occorre curare «diritti concreti ed effettivi, e non teorici e illusori». Teorici e illusori rimangono quelli assicurati dai testi normativi, se non riescono a tradursi in concreti ed effettivi nella vita delle persone. La collaborazione di LDF con il Dipartimento di antropologia giuridica nasce da questa attenzione al processo di concretizzazione dei diritti nonché dall'interesse specifico, condiviso da entrambi gli istituti, per il contesto europeo. Dal 2012, le attività di ricerca del DAG si concentrano su problematiche relative alla conciliazione della diversità culturale, etnica e religiosa nel contesto delle società contemporanee, in particolare europee. Caratteristica distintiva del programma di ricerca di DAG è l'impegno a riunire i ricercatori di giurisprudenza e antropologia in un unico gruppo di lavoro e a esplorare i diversi modi in cui le due discipline, ciascuna con i propri approcci e le proprie percezioni nei confronti di argomenti e interessi comuni, possano contribuire a un'analisi più ricca e sofisticata delle dinamiche che informano le modalità con cui i vari gruppi culturali e religiosi convivono nelle attuali società plurali. Lo studio della dottoressa Sona è la dimostrazione chiara ed efficace del risultato che è possibile ottenere grazie alla sinergia di LDF e DAG nell'ambito di un progetto congiunto.

Il lavoro di Sona è pioneristico, non solo dal punto di vista della tematica, ma anche della metodologia adottata. Per quanto concerne l'oggetto d'indagine, può sorprendere il fatto che sia

stato finora poco indagato, per non dire ignorato. La monografia si concentra sull'uso delle tecniche di riproduzione medicalmente assistita (di qui in poi RMA) all'interno delle comunità musulmane di origine straniera attualmente residenti nel Nord Italia, che, ai fini della sua analisi, Sona definisce «nuovi» italiani. Benché l'indagine sia circoscritta all'Italia, le osservazioni possono essere estese anche agli altri paesi europei: non si sa molto circa l'atteggiamento delle donne e delle coppie musulmane che vivono in Europa, quando si trovano ad affrontare sterilità e infertilità e ancor meno in merito al loro ricorso alle tecniche di RMA per superare tali difficoltà procreative. Al fine di conseguire gli obiettivi della presente ricerca, Sona ha optato per un approccio estremamente originale, combinando uno studio approfondito delle fonti giuridiche pertinenti, inclusa la legge islamica, con l'analisi di un vasto numero di testimonianze e dati empirici – tutti raccolti in prima persona dall'autrice – che dimostrano la frequenza con cui i musulmani coinvolti nella ricerca facciano ricorso alle tecniche di RMA. Lo studio si basa sull'uso congiunto di tre diversi approcci: il primo utilizza le testimonianze delle persone coinvolte nelle pratiche di RMA (sia pazienti che medici); il secondo si avvale delle statistiche disponibili in merito al ricorso a determinate tecnologie biomediche; il terzo approccio, infine, analizza i quadri normativi in gioco, sia formalmente (diritto positivo/statale e diritti umani) sia informalmente (diritto islamico).

Sona è una professionista legale italiana abilitata, con esperienza pluriennale nel campo del diritto familiare e del diritto internazionale privato, nonché una ricercatrice specializzata negli studi sull'*islām*. Non meno importante è la sua capacità di offrire al lettore un quadro autenticamente interdisciplinare, che tocca il diritto, l'antropologia e gli studi islamici, senza contare la competenza clinica richiesta per poter discutere adeguatamente di tecniche della riproduzione. Sona ha svolto un lavoro eccellente nel combinare tutte queste competenze durante l'indagine sulle diverse modalità in cui il corpo umano e il suo potenziale riproduttivo sono posti al servizio dell'espressione identitaria, sia essa individuale o collettiva. Il rapporto mostra quanto un confronto interculturale possa giovare, quando si tratta di accrescere la nostra comprensione dei vari modi in cui le comunità - nel caso specifico quella musulmana residente in Piemonte - considerino il corpo umano (come realtà fisica) e lo carichino di un significato che va oltre quello fisico, conferendogli un valore simbolico e «usandolo» come *locus* dell'identità, qui in termini di riproduzione umana, filiazione e disposizioni circa le relazioni genitoriali.

Nella maggior parte dei sistemi giuridici nazionali europei, gli standard attualmente adottati quali parametri per la regolamentazione delle tecnologie biomediche si basano, in linea generale, sui principi dell'autonomia individuale, del consenso informato e, laddove possibile, della ricerca di un equilibrio tra i vari interessi in gioco (con riferimento, tra gli altri principi, all'uguaglianza di genere e alla tutela dell'interesse del minore). Secondo un assunto di fondo, diffuso in particolar

modo tra scienziati, legislatori e bioeticisti, a prescindere dal luogo e dalla cultura, le tecnologie biomediche vengono utilizzate per fini analoghi e sollevano, pertanto, simili questioni legali, bioetiche e morali. La diversificazione dei gruppi etnici e religiosi nell'Europa contemporanea, inoltre, crea una rosa di nuovi interrogativi concernenti il contesto in cui le suddette tecnologie biomediche sono inserite. Le normative esistenti non necessariamente sono in armonia con queste nuove realtà; le aspettative possono variare in modo significativo, a seconda della tradizione giuridica e della cultura biomedica, dando luogo ad approcci e direttive diversi nell'utilizzo di tali tecnologie. Il lavoro di Sona aiuta a spiegare alcuni comportamenti, opinioni e tabù, nonché reticenze di vario genere, che si accompagnano al ricorso alle tecniche di RMA, nel contesto delle società plurali contemporanee. Le conversazioni della dottoressa Sona con i prestatori di assistenza sanitaria e con le donne che si stavano sottoponendo a procedure mediche hanno portato alla luce alcuni esempi interessanti di soggetti che riaffermavano le istituzioni tradizionali connesse alla *sharīʿah*, i cui principi, reinterpretati, possono, di fatto, legittimare il ricorso alla RMA. Il numero di casi in cui le donne musulmane accettano di sottoporsi a trattamenti di procreazione medicalmente assistita è considerevole: le statistiche indicano che il desiderio di avere figli e il timore dello stigma sociale nei confronti delle coppie senza prole le spinge ad acconsentire a questo tipo di procedure, nonostante varie controindicazioni, siano esse di natura legale, medica, economica o religiosa.

Il valore della ricerca condotta dalla dottoressa Sona va, chiaramente, molto oltre il caso di studio in esame; affronta interrogativi estremamente attuali circa le definizioni mediche, giuridiche e religiose di vita e morte, relazioni familiari e identità e la legittimità dei vari attori che determinano l'ammissibilità al ricorso alle tecnologie mediche. Combinando le prospettive di diritto, antropologia e conoscenza medica, lo studio di Sona offre un quadro interdisciplinare molto sofisticato atto a indagare una vasta gamma di problemi, concernenti, tra gli altri aspetti, il diritto alla salute e l'accesso ai servizi sanitari, il concetto di sacralità della vita e i potenziali conflitti tra i diversi quadri normativi che, nel contesto delle società plurali, sono spesso in competizione tra loro. Qual è il ruolo dei medici e del personale clinico nei confronti dei pazienti? Fino a che punto l'autonomia individuale e il consenso informato hanno valore in questo contesto? Quanto margine d'azione hanno i medici nel prendere decisioni in presenza di visioni contrastanti? Questi sono solo alcuni degli interrogativi, teoricamente complessi ed eticamente rilevanti, sollevati dallo studio di Sona.

La monografia di Federica Sona si inserisce nell'ambito di un più ampio programma di ricerca promosso da LDF, che ha già portato alla pubblicazione di altri due studi distinti sulle nuove forme di filiazione e genitorialità. Il primo, condotto da Alice Margaria, prende in esame come la legge e la giurisprudenza si confrontino con le nuove realtà; il secondo, di Ilaria Bertini, indaga

l'uso e l'abuso del termine «natura»[1]. Vi è, inoltre, un forte legame tra questi tre rapporti di ricerca, presi nel loro insieme, e le precedenti pubblicazioni di LDF che hanno come oggetto di studio il variegato diritto alla salute, che interagisce con il diritto al rispetto della vita privata e familiare, come enunciato nell'art. 8 della Convenzione europea dei diritti umani, dalla Costituzione italiana e dalla giurisprudenza costituzionale. Le vicende legate allo status e ai diritti dei minori che devono la loro vita alle tecniche di RMA toccano entrambi gli ambiti giuridici.

Lo studio di Sona analizza soprattutto le nuove forme di genitorialità: nuove non solo perché i genitori sono tali grazie alla decisione di ricorrere alle tecniche di RMA, ma anche perché rispecchiano nuove concezioni di che cosa sia e/o dovrebbe essere una famiglia. Tali dinamiche devono essere viste in relazione al rispetto dell'autonomia personale e dell'autodeterminazione degli individui coinvolti.

Nei conflitti tra il diritto nazionale italiano e i principi che derivano da altre tradizioni religiose e culturali, in questo caso islamiche, Sona individua un'opportunità per valutare, sia dal punto di vista del diritto comparato, sia attraverso la lente dell'analisi antropologica, le diverse dinamiche e sensibilità che entrano in gioco nelle vite delle donne e delle coppie proprio nel momento in cui devono trovare un equilibrio tra i precetti delle leggi dello stato (italiano) e i vincoli imposti dalla loro stessa cultura e religione.

Federica Sona ha portato a termine con passione e con una spiccata meticolosità un compito estremamente difficile e impegnativo. Non solo ha dimostrato la sua competenza nelle questioni tecniche riguardanti il diritto nazionale italiano e islamico, ma ha anche dato prova di sapersi conquistare fiducia e accettazione all'interno di un ambiente sociale e culturale molto specifico - quello delle famiglie musulmane che ora vivono in Italia - e di sapersi relazionare con loro con grande sensibilità su argomenti profondamente intimi e personali.

Il Laboratorio dei Diritti Fondamentali e il Dipartimento di antropologia giuridica esprimono il loro apprezzamento e ringraziano sentitamente Federica Sona per il suo eccellente lavoro.

Vladimiro Zagrebelsky
Laboratorio dei Diritti Fondamentali,
Collegio Carlo Alberto,
(Torino, Italia).

Marie-Claire Foblets
Department of Law and Anthropology,
Max Planck Institute for Social Anthropology,
(Halle, Germania).

[1] A. Margaria, *Nuove forme di filiazione e genitorialità. Leggi e giudici di fronte alle nuove realtà*, Bologna, Il Mulino, 2018; I. Bertini, *Nuove forme di filiazione e genitorialità. Uso e abuso del richiamo alla natura*, Bologna, Il Mulino, 2018. Le versioni in italiano e in inglese di entrambi i rapporti possono essere consultate sul sito di LDF (www.labdf.eu).

Capitolo primo

Il contesto d'indagine

1. La ragione dello studio

L'Italia è stata definita «molto più restrittiva di qualunque altro paese musulmano sunnita»[1] da uno studio internazionale sulle politiche di procreazione medicalmente assistita. Comparando le disposizioni legislative e le normative religiose vigenti in Egitto, Libano e Italia, lo studio sopracitato in effetti asserisce che quest'ultima sia divenuta «piuttosto "sunnita" nel proibire ogni forma di assistenza riproduttiva con il coinvolgimento di terzi»[2]. Inhorn, Patrizio e Serour chiariscono inoltre che, nonostante l'Italia fosse inizialmente percepita come «il selvaggio West delle TRA [ossia le tecniche di riproduzione assistita] europee», in un secondo tempo, il paese adottò «uno dei regimi TRA più restrittivi al mondo, quale effetto delle pressioni del Vaticano». Di fatto, le morali religiose, in particolare nell'area mediterranea, giocano un ruolo fondamentale nel delineare i confini entro i quali i metodi di riproduzione assistita siano legalmente ammissibili e/o socialmente accettabili. Un simile argomento era stato precedentemente mosso da Bundren, il quale concorda sul fatto che ebraismo, cattolicesimo e *islām* influenzino profondamente sia la cultura sia le disposizioni legislative in Israele, Italia ed Egitto. In questi paesi costieri mediterranei, le tre teologie infatti «di frequente esprimono i propri principi con maggiore forza e chiarezza»[3].

Le tecniche riproduttive sono pertanto significativamente influenzate da sedimentati credi religiosi e sensibilità culturali, in aggiunta ai progressi bioscientifici[4]. Questo, peraltro, non incide

---

[1]. Si veda M.C. Inhorn, P. Patrizio e G.I. Serour, *Third-party reproductive assistance around the Mediterranean. Comparing Sunni Egypt, Catholic Italy, and multisectarian Lebanon*, in M.C. Inhorn e S. Tremayne (a cura di), *Islam and Assisted Reproductive Technologies: Sunni and Shia Perspectives*, New York e Oxford, Berghahn, 2012, pp. 223-260, alle pp. 253-254, anche in riferimento alla citazione presente nella terza frase. Gli autori focalizzano la loro attenzione su questi paesi poiché rappresentano tre diverse prospettive, ossia musulmane sunnita, pluriconfessionale e cattolica. Per maggiori dettagli sull'*islām* sunnita si veda *infra*, capitolo III, paragrafo 1.

[2]. Virgolettato nell'originale. Si veda M.C. Inhorn, P. Patrizio e G.I. Serour, *Third-party reproductive assistance around the Mediterranean. Comparing Sunni Egypt, Catholic Italy, and multisectarian Lebanon*, in «Reproductive BioMedicine Online», 21, 7, 2010 pp. 848–853, a p. 850.

[3]. Si veda M.R. Bundren, *Influence of Catholicism, Islam and Judaism on the Assisted Reproductive Technologies (ART) Bioethical and Legal Debate: A Comparative Survey of ART in Italy, Egypt and Israel*, in «University of Detroit Mercy Law Review»,84, 5, 2007, pp. 715-746, alle pp. 717-719.

[4]. Diversi studi mettono a confronto i punti di vista e le disposizioni delle tre religioni abramitiche; si vedano, *inter alia* i seguenti: A. Rabello, D. Milani e D. Atighetchi, *Intorno alla vita che nasce: diritto ebraico, canonico e islamico a confronto*, Torino, Giappichelli, 2013; M. Hemayatkhah *et al.*, *A review of ethical issues involved in fertility treatments in different religious frameworks: Cases in Judaism, Christianity, and Islam*, in «Journal of Jahrom University of Medical Sciences», 11, 65 2014; AA.VV., *Symposium on Religious Law: Roman Catholic, Islamic, and Jewish Treatment of Familial Issues, Including Education, Abortion, In Vitro Fertilization, Prenuptial Agreements, Contraception, and Martial Fraud*, in «Loyola of Los Angeles International and Comparative Law Journal», 16, 1, 1993, pp 9-106. Una prospettiva teologica d'analisi relativa al pensiero cristiano e islamico riguardo alla procreazione

esclusivamente sulla prospettiva statuale, ma anche sulla cornice antropologica di riferimento: l'etica e i principi morali connessi ad affiliazioni religiose non condizionano soltanto il diritto nazionale ed internazionale, ma anche gli esseri umani.

Nel vasto campo della biomedicina e della bioetica globale, il paradigma è pertanto in continuo mutamento[5]. Di conseguenza, i trattamenti di fertilità possono essere sostenuti, accolti o respinti da autorità religiose e/o da organismi statuali[6]. Più precisamente, credi, costumi e tradizioni possono essere di fatto sottoposti a varie interpretazioni, al fine di legittimare o impedire il ricorso a metodi riproduttivi e procreativi eterogenei. Confrontandosi con interpretazioni mutevoli e talvolta contraddittorie, i genitori intenzionali potrebbero quindi attenersi a restrizioni religiose e/o giuridiche oppure orientarsi verso soluzioni alternative (a volte piuttosto creative) al fine di gestire difficoltà procreative.

A tale riguardo, il presente studio intende esaminare l'ambito, scarsamente esplorato, delle vie alternative alla genitorialità (non) conformi all'*islām*, così come potenzialmente o effettivamente messe in atto dagli aspiranti genitori musulmani residenti nel territorio italiano[7]. In particolare, l'analisi intende svelare l'importanza del diritto alla vita privata e familiare, nonché l'idea di genitorialità e filiazione, esplorando al contempo le relazioni familiari verticali all'interno delle comunità musulmane locali. Prestando particolare attenzione ai principi e alle prassi così come compresi e attuati nelle realtà musulmane locali, lo studio intende fornire strumenti di decodifica per gli operatori socio-giuridici statuali e non statuali, i quali si confrontano su base quotidiana con paradigmi plurimi di genitorialità.

Il volume adotta una metodologia comparativa al fine di svelare sistemi normativi, disposizioni religiose e pratiche consuetudinarie concorrenti e potenzialmente in conflitto. Nuove interpretazioni di precedenti disposizioni di diritto islamico concernenti la riproduzione assistita degli esseri umani verranno quindi messe a confronto con leggi e giurisprudenza italiane concernenti la procreazione medicalmente assistita. I rimedi all'assenza involontaria di prole conformi alla *sharīʿah* enunciati da giurisperiti islamici verranno inoltre contrapposti alle effettive scelte procreative degli aspiranti genitori musulmani. Analogamente, specifiche necessità dei musulmani, così come asserite dai giurisperiti islamici, saranno raffrontate con i bisogni espressi dai genitori intenzionali musulmani che si sottopongono a trattamenti di fertilità. Le esperienze dei pazienti musulmani saranno inoltre analizzate contestualmente alla percezione che l'organico medico-infermieristico e gli operatori ausiliari delle cliniche della fertilità locali, pubbliche e

---

medicalmente assistita si trova in M.S.B. Ishak e S.S.S Haneef, *Reproductive technology: A critical analysis of theological responses in Christianity and Islam*, in «Zygon: Journal of Religion & Science», 49, 2, pp. 396-413.

5. Si vedano *inter alia* G. Gunderson e J. Cochrane, *Religion and the Health of the Public. Shifting the Paradigm*, Basingstoke, Palgrave, 2012; oltre alle seguenti raccolte di saggi: E.M. Bucar e A. Stalnaker (a cura di), *Religious Ethics in a time of Globalism. Shaping Third Wave of Comparative Analysis*, Basingstoke, Palgrave, 2012; F. Compagnoni e F. D'Agostino (a cura di), *Il confronto interculturale: dibattiti bioetici e pratiche giuridiche. Bioetica, diritti umani e multietnicità*, Cinisello Balsamo, San Paolo, 2013; P.F. Camenisch (a cura di), *Religious Methods and Resources in Bioethics*, Dordrecht, Springer, 1994.

6. Diritto nazionale, transnazionale e internazionale rappresentano lo scenario entro il quale si confrontano dettami religiosi e tradizioni culturali, adottando il punto di vista degli stati nazionali. In merito alla situazione italiana, si veda *infra*, capitolo II. I riferimenti bibliografici concernenti le interazioni tra diritti umani e biomedicina sono riportati nella bibliografia in calce al volume.

7. Il volume è il risultato di una ricerca finanziata dal Laboratorio dei Diritti Fondamentali in quanto parte del Collegio Carlo Alberto, da aprile 2016 a marzo 2017 e dal Dipartimento di antropologia giuridica del Max Planck Institute for Social Anthropology, da aprile 2017 a dicembre 2017. L'autore intende esprimere la sua più profonda gratitudine al Direttore di LDF, Vladimiro Zagrebelsky e alla Direttrice del Dipartimento di antropologia giuridica del MPI, Professoressa Marie-Claire Foblets, per l'opportunità di indagare un ambito di ricerca tanto scarsamente esplorato; senza i loro inestimabili consigli e il loro prezioso supporto, questo studio non sarebbe stato possibile.

private, hanno di chi si affida alle loro cure. Il volume individua pertanto possibili dinamiche delle relazioni familiari parzialmente nascoste, risultanti in nuove costellazioni familiari e creative forme di filiazione tra gli aspiranti genitori musulmani.

2. Alcune precisazioni terminologiche: RMA, PMA e TRA

Prima di addentrarsi nello studio di due realtà oggigiorno a stretto contatto - quella italiana e quella musulmana - occorre prestare attenzione alla terminologia adottata nel presente volume. Sebbene in ciascuno dei capitoli siano forniti ulteriori dettagli, è necessario affrontare nell'immediato alcune precisazioni terminologiche concernenti i trattamenti di fertilità. In realtà, gli acronimi RMA, PMA e TRA sono spesso utilizzati come sinonimi, benché tale uso non sia pienamente corretto. L'ultima versione del glossario pubblicato dall'International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technology (ICMART) e dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) descrive la «Riproduzione Medicalmente Assistita» [RMA, in inglese MAR] come segue:

> […] riproduzione ottenuta tramite l'induzione dell'ovulazione, la stimolazione ovarica controllata, l'attivazione dell'ovulazione, le procedure di TRA e l'inseminazione intrauterina, intracervicale e intravaginale con seme del partner o donatore[8].

La definizione soprariportata si adatta anche all'espressione «Procreazione Medicalmente Assistita» [PMA, in inglese MAP][9]. L'acronimo TRA [in inglese ART] identifica invece le «Tecniche di Riproduzione Assistita», che vengono delineate come riportato di seguito:

> […] tutti i trattamenti o le procedure che includono la manipolazione in vitro sia di ovociti che di spermatozoi umani o di embrioni al fine di dare inizio a una gravidanza. Questi includono, ma non sono limitati a, fecondazione in vitro e trasferimento embrionale, trasferimento intratubarico di gameti, trasferimento tubarico di zigoti, trasferimento intratubarico di embrioni, crioconservazione di gameti ed embrioni, donazione di ovociti ed embrioni e surrogazione gestazionale. Le TRA non includono l'inseminazione assistita (inseminazione artificiale) che utilizzi liquido seminale appartenente al partner della donna, oppure a un donatore di sperma[10].

È bene sottolineare che questa terminologia può generare confusione. In alcune pubblicazioni – in particolare quelle che prendono in esame la bioetica islamica – l'acronimo «TRA» viene infatti utilizzato anche in riferimento a trattamenti che includono la donazione

---

[8]. Si veda F. Zegers-Hochschild *et al.*, *International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technology (ICMART) and the World Health Organization (WHO) revised glossary of ART terminology*, in «Fertility and Sterility», 92, 5, Nov. 2009, pp 1520-1524; e inoltre *ibidem*, «Human Reproduction», 24, 11, pp 2683–2687, si vedano rispettivamente pp. 1523 e 2686. Per ulteriori dettagli sulla terminologia italiana, si veda *inter alia* F. Buzzi e G. Tassi, *La procreazione medicalmente assistita: normativa, giurisprudenza e aspetti medico legali*, Milano, Giuffrè, 2011, pp. 5-7.

[9]. Si veda, ad esempio, il sommario in lingua inglese della sentenza della Corte Costituzionale 96/2015 messa a disposizione da ISS, http://www.iss.it/binary/rpma/cont/S96_2015_en.pdf.

[10]. Si veda Zegers-Hochschild *et al.* (2009a/b), *International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technology (ICMART) and the World Health Organization (WHO) revised glossary of ART terminology*, cit., rispettivamente alle pagine 1521 e 2685. Conformemente, talvolta viene usata l'espressione «ART-Donor» (TRA-Donatore) in alcuni rapporti. Si noti tuttavia che, in alcune pubblicazioni, l'acronimo ART (TRA) può essere utilizzato per riferirsi a RMA/PMA.

eterologa e la maternità surrogata, le quali dovrebbero essere invece etichettate come «PMA» o «RMA». Al fine di ovviare a incomprensioni ed errori, il presente lavoro adotta le definizioni sopra riportate. TRA viene pertanto utilizzato in relazione ai trattamenti di fertilità senza il contributo di un donatore, se non altrimenti indicato (ad esempio, TRA-Donatore). PMA e RMA vengono invece utilizzati in riferimento a trattamenti di fertilità omologhi ed eterologhi; in altre parole, procedure di fertilità che si avvalgono dell'apporto di terzi donatori in termini di gameti femminili e/o maschili, di embrione/i, e/o utero (ad esempio, maternità surrogata).

3. Perché PMA, RMA e TRA?

I trattamenti di fertilità sono stati scelti appositamente sia come indici del cambiamento sociale, sia come strumento di verifica dell'accomodamento offerto a pazienti sempre più diversi dal punto di vista religioso e culturale. Il presente paragrafo intende analizzare l'impiego delle tecniche di riproduzione medicalmente assistita sul territorio italiano, al contempo investigando le attuali dinamiche di cambiamento sociale. L'utilizzo dei servizi di riproduzione medicalmente assistita (RMA) è infatti in notevole e continuo aumento, come dimostrano i dati esaminati di seguito.

Il più recente rapporto del Registro Nazionale della Procreazione Medicalmente Assistita chiarisce che, nel 2012, sia i cicli avviati per milione di abitanti che per milione di donne in età riproduttiva[11] in Italia e in Europa[12] erano in costante crescita[13], con un rispettivo aumento di 539 cicli (+84,7%) e di 3.658 cicli (+136,4%)[14]. La tabella 1.1 e il grafico alla figura 1.1 chiariscono che, in Italia, sia il numero di cicli iniziati per milione di abitanti, sia i cicli di TRA per milione di donne sono aumentati costantemente e incessantemente[15]. In dieci anni, i dati dei primi hanno subito un aumento dell'84,7%, mentre per i secondi si è assistito a un incremento del 136,3%.

[11]. Di età compresa tra i 15e i 45 anni.

[12]. Quanto riportato si riferisce esclusivamente ai diciotto stati europei che hanno comunicato i dati completi allo European IVF-Monitoring Consortium (EIM).

[13]. In realtà, nel 2013 è stato registrato un lieve calo (-0,7%) relativo al numero di cicli di trattamento per milione di abitanti; questo calo corrisponde al valore più basso di crescita registrato (+0,7%). Come discusso *infra*, questo fenomeno è connesso, tra altri fattori, alla crisi economica e finanziaria.

[14]. IARTR, Italian Assisted Reproductive Technology Register, *Executive Summary. Monitoring the activity and outcomes of Italian ART centers in 2015*, Roma, Istituto Superiore di Sanità, Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, 2017, p. 11. Nel 2011, l'incremento è stato di 466 cicli (+73,3%) e di 3.172 cicli (+118,2%). Si veda IARTR, Italian Assisted Reproductive Technology Register, *Executive Summary. Monitoring the activity and outcomes of Italian ART centers in 2014*, Roma, Istituto Superiore di Sanità, Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, 2016, p. 10; e RNPMA, Registro Nazionale della Procreazione Medicalmente Assistita, *X Report. Attività del Registro Nazionale della Procreazione Medicalmente Assistita. Dati 2013*, Roma, Istituto Superiore di Sanità, Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, 2016, p. 24.

[15]. È bene sottolineare che le procedure ART includono FIVET, ICSI, FER, FO e ED. Questa terminologia viene illustrata nel secondo capitolo. Per ulteriori dettagli, si veda IARTR, *Executive Summary*. *Monitoring the activity and outcomes of Italian ART centers in 2015*, cit., alle pp. 11 e 45; *Executive Summary. Monitoring the activity and outcomes of Italian ART centers in 2014*, cit., a p. 10; IARTR, *Executive Summary. Monitoring the activity and outcomes of Italian ART centers in 2013*, Roma, Istituto Superiore di Sanità, Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, p. 18.

TAB. 1.1. *Utilizzo crescente delle tecniche di RMA*

Anno	Cicli per milione di abitanti	Cicli per milione di donne
2005	636	2.683
2006	692	3.328
2007	736	3.569
2008	800	3.905
2009	865	4.265
2010	973	4.863
2011	1.063	5.392
2012	1.078	5.562
2013	1.070	5.601
2014	1.102	5.855
2015	1.175	6.341

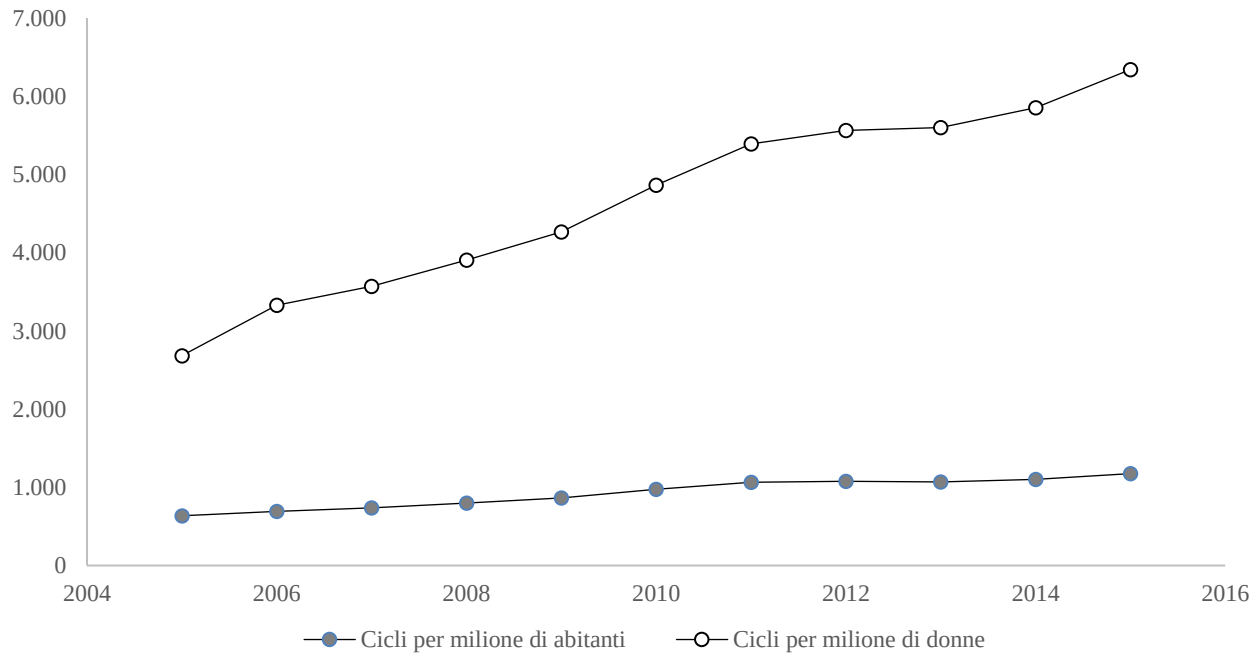

FIG. 1.1 Aumento nell'utilizzo della PMA.

I dati riportati in merito alla crescita del ricorso ai servizi di tecniche di riproduzione assistita (TRA) sono ulteriormente corroborati dal fatto che, dal 2005 al 2015, la percentuale di

bambini nati grazie a trattamenti di fertilità di I e II livello «è più che triplicata», come dimostrato dai rapporti ufficiali[16]. I bambini nati vivi concepiti con trattamenti TRA di I, II e III livello sono saliti a 12.836 nel 2015, ossia il 2,6% dei bambini nati in Italia[17].

Il rapporto del 2016 del Registro Nazionale della Procreazione Medicalmente Assistita rivela inoltre che il numero totale di pazienti trattati con procedure di PMA senza il contributo di un donatore (ossia IUI-H, inseminazione intrauterina omologa e TRA) nel 2014 ammontava a 70.589[18]. Il picco massimo fu raggiunto nel 2011, quando 73.570 pazienti vennero trattati nelle 354 cliniche italiane che allora offrivano trattamenti di fertilità. Sommando le procedure TRA-Donatore alla lista summenzionata, il rapporto del Registro Nazionale della Procreazione Medicalmente Assistita del 2017 indica che, nel 2015, il numero di pazienti era il più alto mai registrato, con 74.292 persone sottoposte a trattamenti in 366 cliniche[19]. La quantità di cicli di PMA iniziati era, a tutti gli effetti, significativa, avendo raggiunto le 95.110 unità, se si includono i trattamenti di fertilità di I, II e III livello e la donazione di gameti; come descritto nella tabella 1.2[20].

TAB. 1.2. *Numero crescente delle cliniche della fertilità e dei pazienti in Italia*

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015*
N° di cliniche	316	329	342	354	350	357	354	355	369	362	366
N° di pazienti	46.519	52.206	55.437	59.174	63.840	69.797	73.570	72.543	71.741	70.589	74.292

Secondo i dati pubblicati dal Registro Nazionale della Procreazione Medicalmente Assistita, nel 2014 il numero di coppie trattate con tecniche di riproduzione assistita ammontava a 45.985. Tale cifra indica una crescita significativa rispetto al numero di trattamenti per coppia registrato nel

[16]. IARTR, *Executive Summary. Monitoring the activity and outcomes of Italian ART centers in 2015*, cit., a p. 13. Si veda anche RNPMA, *X Report*., cit. a p. 59 e IARTR, *Executive Summary. Monitoring the activity and outcomes of Italian ART centers in 2014*, cit., a p. 12. Per ulteriori dettagli sulla terminologia adottata nel testo, si veda *infra*, capitolo II, paragrafo 3.

[17]. RNPMA, *XI Report. Attività del Registro Nazionale della Procreazione Medicalmente Assistita. Dati 2013*, Roma, Istituto Superiore di Sanità, Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, 2017, p. 6. Per ulteriori delucidazioni sulla terminologia utilizzata, si vedano le diverse tipologie di trattamenti forniti dai centri di fertilità italiani, *infra*, capitolo II, paragrafo 5.

[18]. IARTR, *Executive Summary. Monitoring the activity and outcomes of Italian ART centers in 2014*, cit., a p. 39. L'acronimo inglese IUI-H indica la 'inseminazione intrauterina' realizzata usando i gameti maschili della coppia, si veda *infra*, capitolo II, paragrafo 5.

[19]. IARTR, *Executive Summary. Monitoring the activity and outcomes of Italian ART centers in 2015*, cit., a p. 45. Le procedure includono IUI-H, IUI-D, TRA-senza Donatore, TRA-Donatore. Si veda anche RNPMA, *XI Report*, cit., a p. 6. L'asterisco presente nella tabella indica che i dati sono provvisori.

[20]. RNPMA, *X Report*, cit., a p. 9; RNPMA, *XI Report*, cit., alle pp. 8-9.

2005, ossia 27.254[21]. In altre parole, in dieci anni, l'incremento è stato del 68,7%. Se si considera il numero di pazienti che avevano intrapreso procedure senza donatore[22], nello stesso intervallo di tempo (2005-2014) l'aumento è stato del 51,7%; dal 2005 al 2015, l'incremento registrato è sensibilmente maggiore, cioè +59,7%. Lo studio dei dati 2005-2015 disponibili mostra chiaramente che l'uso delle TRA sul territorio italiano si sta intensificando. A titolo esemplificativo, gli aumenti registrati sono del +67% per quanto concerne il numero di cicli iniziati e del 128% relativamente al numero di bambini nati da queste procedure[23].

L'intensificazione e la diffusione dei trattamenti di fertilità non sono dovute unicamente al progresso in campo medico, ma anche alle disposizioni di legge. Il diritto e la giurisprudenza italiani hanno infatti giocato un ruolo determinante per quanto concerne i trattamenti di TRA e PMA. Come trattato oltre, nel capitolo II, quando la legge italiana sulla procreazione medicalmente assistita venne promulgata nel 2004, la crioconservazione fu vietata; i cicli di trasferimento di embrioni crioconservati (FER) diminuirono pertanto drasticamente – dal 3,6% nel 2005, all'1,1% nel 2008[24]. Nel 2009, la Corte Costituzionale italiana eliminò tuttavia alcune restrizioni: ne conseguì una crescita costante delle procedure di FER, dal 2,0% nel 2009 fino al 18,5% nel 2015[25]. Analogamente, poiché la Corte Costituzionale ha recentemente consentito i cicli con parti terze (purché si verifichino determinate condizioni), le procedure con donazione di embrioni o gameti femminili e/o maschili si stanno progressivamente e rapidamente diffondendo sul territorio italiano sin dal giugno 2014[26]. Si può quindi ipotizzare che tale crescita avrà un andamento costante in Italia.

Le cliniche della fertilità italiane sono interessate da un'analoga crescita esponenziale anche per quanto concerne i trattamenti TRA-Donatore. Nel 2014, ad esempio, tra le cliniche che avevano fornito dati all'Istituto Superiore di Sanità, 17 offrivano questo servizio[27]; nel 2015, il numero era salito a 69, registrando un netto aumento, pari al +305,9%. Il fatto che il numero di centri di fertilità sia più che triplicato si riflette anche nella quantità di cicli iniziati: 209 nel 2014 e 2.287 nel 2015. Un andamento simile si riscontra anche per le procedure che prevedono la donazione di gameti maschili. L'ammontare delle cliniche è infatti cresciuto da 13 nel 2014 a 52 nel 2015 e i cicli iniziati sono aumentati da 37 a 513. Il totale dei bambini nati grazie a trattamenti di fertilità con l'apporto di donatori ha raggiunto rispettivamente 532 e 69, mostrando pertanto un incremento del +772,1% e del +6.800%, come emerge dai dati riportati nella tabella 1.3[28].

---

[21]. RNPMA, *X Report*, cit., a p. 9.

[22]. Come riportato *supra*, nella tabella 1.2.

[23]. I dati si riferiscono ai cicli di TRA a fresco. Si veda IARTR, *Executive Summary. Monitoring the activity and outcomes of Italian ART centers in 2015*, cit., alle pp. 20-21, anche per i dati dettagliati sui cicli di IVF, ICSI, FER e FOR.

[24]. Si veda *infra*, capitolo II, paragrafo 4.

[25]. IARTR, *Executive Summary. Monitoring the activity and outcomes of Italian ART centers in 2015*, cit., a p. 22.

[26]. Si veda RNPMA, *X Report*, cit., a p. 60. Come discusso nel capitolo IV, anche durante il periodo in cui erano vietate, alcuni medici italiani hanno praticato queste procedure all'estero e/o le coppie si sono recate in quelli che venivano definiti «MAP-friendly countries», ossia paesi favorevoli alla PMA.

[27]. Le cliniche dovevano avere in cura almeno un paziente nell'arco dell'anno.

[28]. Si veda IARTR, *Executive Summary. Monitoring the activity and outcomes of Italian ART centers in 2015*, cit., a p. 47; per ulteriori dettagli circa l'età delle beneficiarie e il tasso di gravidanza, si veda inoltre alle pp. 31-32, 45.

TAB. 1.3. *Crescita delle procedure con il contributo di donatori*

		2014	2015	Aumento percentuale
Attività Tra-Donatore	N° di centri	17	69	+305,9%
	N° di cicli iniziati	209	2.287	+994,3%
	N° di nati vivi	61	532	+772,1%
Attività IUI-D	N° di centri	13	52	+300%
	N° di cicli iniziati	37	513	+1.286,5%
	N° di nati vivi	1	69	+6.800%

Prendendo in esame il Piemonte[29] – ossia la regione italiana scelta per circoscrivere geograficamente il fenomeno analizzato nel presente studio – il numero complessivo di coppie sottopostesi a trattamenti di fertilità ha rivelato una crescita costante dal 2008 al 2012[30]; nel 2013 e nel 2014 si è registrato un lieve calo[31]. Dal 2015 è stato nuovamente evidente un netto aumento: il numero di coppie che si sono sottoposte a trattamenti di fertilità ha raggiunto le 4.362 unità e sono stati avviati un totale di 5.286 cicli RMA nella sola regione Piemonte.

È bene evidenziare che i dati discussi fanno eco al contemporaneo andamento italiano, come mostra la tabella 1.4[32]. Il picco in Italia si è avuto infatti nel 2011, anno in cui 73.570 coppie si erano sottoposte a trattamenti di fertilità ed erano stati avviati 96.427 cicli di PMA; di questi potenziali genitori, il 6,1% delle coppie era stato trattato in Piemonte, regione in cui aveva avuto luogo il 5,9% dei cicli RMA italiani in una delle 26 cliniche della fertilità registrate[33]. Come approfondito di seguito nelle interviste rilasciate dai prestatori di assistenza sanitaria, il successivo calo – nello specifico nelle cliniche private – è collegato alla crisi economica e finanziaria che ha profondamente colpito i paesi europei tra il 2008 e il 2013[34].

[29]. Il Piemonte, il cui capoluogo è Torino, è una regione dell'Italia nord-occidentale. Al 31 dicembre 2017, gli abitanti ammontavano a 4.375.865. Si veda www.regione.piemonte.it/stat/popolazione.html (ultimo accesso 07.01.2018). Si vedano anche *infra*, le sottosezioni del paragrafo 6.

[30]. Dal 2008 al 2012, il tasso di incremento è stato del 13,4% in Piemonte, mentre in Italia è stato del 26,4%.

[31]. La percentuale di decremento è stata del 4,76% nel 2013 e del 9,04% nel 2014.

[32]. Per ulteriori dettagli, si veda RNPMA, *XI Report*, cit., alle pp. 8, 141; RNPMA, *X Report*, cit., alle pp. 8, 142; RNPMA, *VII Report. Attività del Registro Nazionale della Procreazione Medicalmente Assistita. Dati 2011*, Roma, Istituto Superiore di Sanità, Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, 2013, p. 136; RNPMA, *VI Report. Attività del Registro Nazionale della Procreazione Medicalmente Assistita. Dati 2010*, Roma, Istituto Superiore di Sanità, Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, 2012, p. 30; RNPMA, *IV Report. Attività del Registro Nazionale della Procreazione Medicalmente Assistita. Dati 2008*, Roma, Istituto Superiore di Sanità, Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, 2010, p. 31.

[33]. Su questo punto, si veda *infra*, capitolo II, paragrafo 3.

[34]. Per uno studio approfondito, si veda *inter alia* Berkowitz *et al.*, *The impact of the economic and financial crisis on the reform of Cohesion Policy 2008-2013*, European Commission Regional Working Paper, WP 03, 2013.

TAB. 1.4. *Numero crescente delle coppie che si sottopongono a procedure di fertilità*

		2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
N° di coppie trattate	Piemonte	-	-	-	3.998	3.958	4.222	4.493	4.535	4.319	4.125	4.362
	Italia	46.519	52.206	55.437	59.174	63.840	69.797	73.570	72.543	71.741	70.589	74.292
N° di cicli iniziati	Piemonte	-	-	-	4.962	5.305	5.652	5.700	5.670	5.409	5.059	5.286
	Italia	63.585	70.695	75.280	79.125	85.385	90.944	96.427	93.634	91.556	90.957	95.110

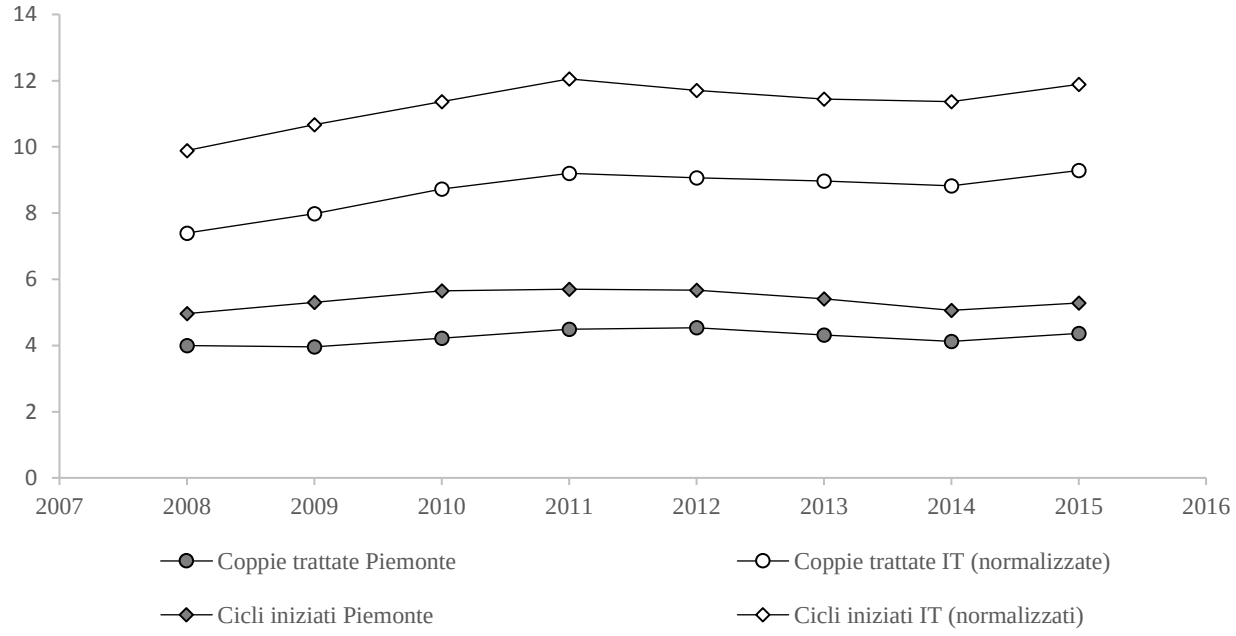

FIG. 1.2 Utilizzo della PMA in Italia e in Piemonte.
Nota: I dati sopraripportati concernenti il territorio italiano sono stati normalizzati applicando un fattore di scala otto al fine di confrontare i valori riguardanti Piemonte e Italia nello stesso grafico.

La tabella 1.4 e il grafico alla figura 1.2 delucidano che dal 2008 al 2012 il tasso di incremento delle coppie trattate è stato del +13,4% in Piemonte, mentre in Italia è stato del +26,4%. Dal 2012 al 2015, gli andamenti di Italia e Piemonte invece si discostano: in Piemonte si registra un calo pari al -3,8%, laddove, sul territorio italiano, si assiste a un incremento del +2,4%[35]. Tali dati sembrano inoltre suggerire che le coppie piemontesi potrebbero ricorrere al «turismo sanitario» – più precisamente al cosiddetto «turismo procreativo»; le coppie italiane e straniere residenti in Piemonte possono in effetti recarsi in altre regioni italiane (o persino all'estero) per sottoporsi a trattamenti di fertilità[36].

I dati e le statistiche sopra riportati e considerati non solo dimostrano chiaramente la crescita incessante, in termini di domanda e offerta, delle procedure di RMA sul territorio italiano, ma sono anche strumenti utili all'esame e all'interpretazione del materiale empirico qualitativo e quantitativo raccolto e analizzato nel presente volume. Nei capitoli IV e V, in particolare, i dati statistici trovano riscontro nelle esperienze riferite dai pazienti musulmani.

4. Il bacino d'utenza dei trattamenti di fertilità: i «nuovi» italiani

Il paragrafo precedente ha delineato il fiorente aumento nell'utilizzo della RMA in Italia e nella regione Piemonte; il presente paragrafo intende invece identificare i potenziali utilizzatori dei trattamenti di fertilità a livello nazionale. Come brevemente anticipato all'inizio del capitolo, il dibattito socio-giuridico in tema di PMA tende a focalizzarsi sulla convergenza/divergenza tra ordinamento statuale e disposizioni religiose, prestando particolare attenzione ai principali gruppi di credenti residenti in uno stato nazionale. Normative statuali regolanti la RMA ispirate a principi religiosi possono in effetti essere respinte sia da soggetti laici, sia da individui appartenenti a comunità religiose.

I prossimi due paragrafi intendono pertanto indagare se il bacino d'utenza domestico della PMA stia cambiando. A tutti gli effetti, gli italiani stanno cambiando, come confermano i dati statistici. Stando alle più recenti stime a disposizione, all'inizio del gennaio 2017, la popolazione italiana contava 60.579.000 residenti, 86 mila unità in meno rispetto al 2016[37]. Il numero totale degli Italiani si sta riducendo a causa di tre principali fattori: basso tasso di natalità, aumento della mortalità[38] e maggiore tasso di emigrazione[39]. Allo stesso tempo, il numero di immigrati (inclusi richiedenti asilo e rifugiati) stabilitisi in Italia sta aumentando costantemente[40].

---

[35]. Per quanto riguarda i cicli iniziati, in Piemonte il calo è stato del 6,8%, mentre in Italia l'aumento è stato pari a 1,6%.

[36]. Come precedentemente anticipato, il fenomeno del turismo della fertilità, rivelato da alcuni dei soggetti d'indagine intervistati, è affrontato anche nel capitolo II e nel capitolo IV.

[37]. Si veda Istat, *Indicatori demografici. Stime per l'anno 2016*, in *Statistiche Report*, 6 marzo 2017, pp. 1-16, a p. 2; Istat, *Demographic indicators. Estimates for the year 2016*, in *Istat Report*, 6 marzo 2017, pp. 1-7, a p. 1.

[38]. Nel 2016, il numero di decessi è stato 608.000, inferiore rispetto al picco di 648.000 casi raggiunti nel 2015; questo alto livello è comunque in linea con l'andamento crescente dovuto all'invecchiamento demografico. I dati pubblicati dall'Istat attestano che la popolazione italiana dai 65 anni in su aveva superato i 13,5 milioni e rappresentava il 22,3% della popolazione totale. Gli Italiani novantenni e ultranovantenni erano 727.000, l'1,2% del totale; i centenari erano 17.000, pari allo 0,03%. Si veda la nota precedente.

[39]. L'Istat riferisce che 147.000 persone hanno lasciato il Paese nel 2015; il dato dell'8% è più alto rispetto a quello registrato nel 2014 (136.000). L'aumento dell'emigrazione è dovuto, prevalentemente, al crescente numero di cittadini italiani emigrati (da 89.000 nel 2014 a 102.000 nel 2015). Si veda Istat, *International and internal migration. Year 2015*, in *Istat Report*, 6 dicembre 2016, pp 1-8, a p. 1.

[40]. Si veda Istat, *International and internal migration. Year 2015*, cit.

Per quanto concerne il tasso di fecondità – ossia il numero medio di figli nati da una donna nell'arco della sua vita – a partire dal 2008 è stato registrato un andamento negativo considerevole tra la popolazione residente italiana e straniera[41]. Esiste, in ogni caso, una netta differenza tra le donne italiane e quelle straniere. Nel 2004, ad esempio, le donne italiane hanno partorito in media 1,26 bambini, contro i 2,92 delle donne straniere[42].

Ponendo particolare attenzione ai dati descritti nella tabella 1.5, risulta evidente che il calo del tasso di natalità interessa sia le donne italiane sia quelle straniere, anche se le donne straniere restano comunque più fertili, rispetto a quelle italiane.

TAB. 1.5. *Tasso di fecondità sul territorio italiano*

	2000	2002	2004	2006	2008	2010	2012	2014	2015
Tasso di fecondità totale	*1,26*	*1,27*	*1,34*	*1,37*	*1,45*	*1,46*	*1,42*	*1,37*	*1,35*
Tasso di fecondità donne italiane	-	1,21	1,26	1,28	1,34	1,34	1,29	1,29	1,27
Tasso di fecondità donne straniere	-	2,83	2,92	2,92	2,65	2,43	2,37	1,97	1,94

Alcuni fattori chiave sono associati a tassi di fecondità bassi e sono destinati ad avere ripercussioni sul calo delle nascite. I tassi di natalità (così come i tassi di aborto e/o di interruzione volontaria di gravidanza) sono in genere condizionati da credi religiosi, benessere economico e strutture sociali[43].

In riferimento allo scenario italiano, sono stati identificati tre fattori principali quali nucleo determinante dell'infertilità o fertilità. Innanzitutto, l'abbassamento del tasso di natalità consegue alla riduzione delle donne in età fertile. Il numero di donne italiane residenti di età compresa tra i 15 e i 29 anni corrisponde infatti a meno della metà delle donne italiane residenti di età compresa tra i 30 e i 49 anni. Anche le donne straniere presenti sul territorio italiano stanno «invecchiando» in modo analogo. A titolo esemplificativo, la percentuale di donne straniere tra i 35 e i 49 anni d'età

[41]. In realtà, i tassi di fecondità europei stanno precipitando in diversi paesi e l'Europa è considerato il continente con il più basso tasso di fecondità totale. Per una prospettiva storica, si veda G. Lazdane e J. Bryld (a cura di), *Low fertility – The future of Europe*, in «Entre Nous, The European Magazine for Sexual and Reproductive Health», No. 63, New York, United Nations Population Fund, 2006; e J. Collins *et al.*, *Europe the continent with the lowest fertility*, in «Human Reproduction Update», 16, 6, 2010, pp. 590-602. Per un ulteriore approfondimento sulla sterilità in aumento, si veda *inter alia* M. Kreyenfeld e D. Konietzka, *Analysing childlessness*, in Iid. (a cura di), *Childlessness in Europe: Contexts, Causes, and Consequences. Demographic Research Monographs*, Dordrecht, Springer, 2017, pp. 3-15.

[42]. Istat, *Anno 2015. Natalità e fecondità nella popolazione residente*, in *Statistiche Report*, 28 novembre 2016, pp. 1-21, a p. 1.

[43]. Si veda *inter alia* G. Nargund, *Declining birth rate in Developed Countries: A radical policy re-think is required*, in *Facts, views and vision in obstetrics and gynaecology*, 1, 3, 2009, pp. 191-193. Riguardo alla fertilità differenziale, si veda anche M. Livi Bacci, *A History of Italian Fertility During the Last Two Centuries*, Princeton, PUP, 1977.

sul totale delle cittadine straniere in età fertile è salita dal 41,4% nel 2005 al 50,7% nel 2016[44].

Il livello generale della fertilità in Italia sta inoltre diminuendo in modo significativo. Tale fenomeno è da imputarsi principalmente a scelte personali (connesse anche alla crisi finanziaria e alle difficoltà economiche) e/o al rinvio della gravidanza. In effetti, nel 2015 la proporzione delle nascite per le donne italiane di 40 anni e oltre (9,3%) superava quella delle donne sotto i 25 anni (8,2%)[45]. Cionondimeno, l'età delle madri straniere al momento del parto resta inferiore rispetto a quella delle madri italiane. Per fare un esempio, nel 2008, l'età media al parto era 31,7 per le madri italiane e 27,5 per le straniere; nel 2015 l'età media al parto era pari, nel primo caso, a 32,3 e a 28,7 anni nel secondo. Nell'arco di sette anni, la differenza di età al momento del parto tra madri italiane e madri straniere si è quindi ridotta da 4,2 a 3,6 anni[46].

Sebbene il calo del tasso di natalità sia rilevabile anche tra i genitori non italiani, il numero dei figli nati da (almeno un) genitore straniero è piuttosto rilevante sul territorio italiano. Ad esempio, mentre nel 1999 il 6% dei bambini nati in Italia aveva almeno un genitore straniero, nel 2015 tale percentuale è salita al 20,7. Nell'area nord-occidentale, in particolare, l'aumento della quantità di bambini con almeno un genitore straniero è stato di +19,6 punti percentuali nello stesso intervallo di tempo. Il fenomeno è particolarmente apprezzabile nelle regioni dell'Italia settentrionale, aree in cui più di un bambino su quattro ha almeno un genitore straniero, come illustra la tabella 1.6[47].

TAB. 1.6. *Figli nati da genitori stranieri*

	1999		2015	
	Almeno un genitore straniero (%)	Genitori entrambi stranieri (%)	Almeno un genitore straniero (%)	Genitori entrambi stranieri (%)
Italia	*6,0*	*4,0*	*20,7*	*14,8*
Isole	2,3	1,5	7,8	4,9
Sud	1,9	0,9	8,7	5,5
Centro	8	5,5	23,7	17,0%
Nord-Est	8,7	5,9	29,3	21,4
Nord-Ovest	9,1	6,2	28,7	21,1

[44]. Si veda Istat, *Anno 2015. Natalità e fecondità nella popolazione residente*, cit., a p. 3.
[45]. Si veda Istat, *Births and fertility among the resident population. Year 2015, in Istat Report*, 28 novembre 2016, pp. 1-10, a p. 1; Istat, *Anno 2015. Natalità e fecondità nella popolazione residente*, cit., alle pp. 6-7.
[46]. Istat, *Anno 2015. Natalità e fecondità nella popolazione residente*, cit., a p. 1.
[47]. Ulteriori dettagli si possono trovare in Istat (2016c) «Anno 2015. Natalità e fecondità nella popolazione residente», cit., pp. 4-5.

Prestando attenzione alle madri straniere, il 47% delle nascite totali del 2015 è rappresentato da quattro gruppi nazionali: rumene (19.123), marocchine (11.888), albanesi (9.257) e cinesi (4.070). Se si osservano nello specifico genitori immigrati e/o migranti provenienti da paesi a maggioranza musulmana, l'ammontare dei bambini nati nel territorio italiano diventa particolarmente significativo. A titolo illustrativo, nel 2015, dei bambini figli di genitori stranieri extracomunitari, il 13,9% è nato da genitori marocchini, il 10,9% da albanesi, il 3,5% da bangladesi, il 3% da pakistani, il 3% da egiziani, il 2,5% da nigeriani, il 2,2% da senegalesi, il 2,1% da tunisini, l'1,2% da kosovari e l'1,2% da ghanesi.

Prendendo in esame le coppie di nazionalità mista, le percentuali di bambini nati da madre italiana e padre cittadino di un paese a maggioranza musulmana sono le seguenti: 15,2% dal Marocco, 13,4% dall'Albania, 5,5% dalla Tunisia, 3,1% dall'Egitto, 2,7% dal Senegal, 1,4% dalla Nigeria, 1,1% dal Ghana. Se si considerano i bambini nati da padre italiano e madre straniera, i dati calano sensibilmente: ad esempio, l'8,8% dei bambini ha una madre originaria del Marocco, il 6,4% dell'Albania, l'1,4% della Tunisia, l'1% del Senegal e l'1% della Nigeria.

I dati analizzati sono in linea con quanto emerso dalle cliniche di PMA, ossia che le coppie di nazionalità mista sono meno comuni tra i pazienti musulmani rispetto ad altre comunità presenti sul territorio italiano[48]. In realtà, alcuni studi individuano un atteggiamento poco propenso alle relazioni interconfessionali nei paesi occidentali;[49] le coppie endogame sono pertanto più frequenti, specialmente tra i genitori intenzionali musulmani.

Analizzando i dati Istat descritti poc'anzi[50], occorre prestare attenzione a due ulteriori aspetti. In primo luogo, la percentuale di bambini nati in Italia da padri marocchini e madri italiane è più alta rispetto al numero complessivo dei bambini con madri e padri cittadini marocchini. In termini di valori assoluti, tuttavia, i primi corrispondono a 985 bambini, mentre i secondi arrivano addirittura a 9.935 bambini nati solamente nel 2015. Per di più, anche le procedure di naturalizzazione dei genitori stranieri influiscono sui dati sopra riportati; i genitori in possesso di doppia cittadinanza, ad esempio, non possono essere identificati tramite questo approccio statistico[51].

In riferimento al Piemonte, il numero di bambini nati da genitori stranieri cresce considerevolmente, in modo analogo. A titolo esemplificativo, nel 1999 l'8,3% dei bambini aveva almeno un genitore straniero, il 5,5% di questi bambini aveva entrambi i genitori non italiani; nel 2015, tali percentuali hanno raggiunto rispettivamente il 26,8% e il 18,9%. Nell'anno preso in esame (2015), il tasso di fecondità piemontese è stato peraltro lievemente più alto rispetto alla media italiana (1,35), arrivando a raggiungere l'1,36 tra le madri residenti[52].

In base a quanto chiarito dai dati pubblicati dall'Istat, le donne straniere incidono significativamente sul tasso di fecondità totale italiano e questo spiegherebbe le differenze geografiche. Nelle regioni dell'Italia settentrionale, in particolare, la popolazione neonatale è, di

---

[48]. Si veda *infra*, capitolo V, paragrafo 3.

[49]. Per una prospettiva comparativa, si veda ad esempio S. Carol, *Like Will to Like? Partner Choice among Muslim Migrants and Natives in Western Europe*, in «Journal of Ethnic and Migration Studies», 42, 2, pp. 261-276.

[50] Istat, *Anno 2015. Natalità e fecondità nella popolazione residente*, cit., a p. 6.

[51]. Si veda *infra*, paragrafo 5. Occorre segnalare che il tasso di fecondità viene calcolato in base alla nazionalità delle madri.

[52]. Il tasso di fecondità delle donne residenti in Piemonte, sia italiane che straniere, è comunque inferiore rispetto al dato nazionale e corrisponde, rispettivamente a 1,25 (a fronte di 1,27) e a 1,90 (a fronte di 1,94). Si veda Istat, *Births and fertility among the resident population. Year 2015*, cit., alle pp. 5-6.

fatto, influenzata dalla maggiore presenza di popolazione straniera combinata con una maggiore propensione degli stranieri ad avere (più) figli[53]. Su scala nazionale, i livelli più alti del tasso di fecondità tra le donne straniere si registrano infatti tra quelle residenti nelle aree settentrionali, in cui i dati indicano una media di 2,06 figli per ciascuna donna straniera, contro la media di 1,27 per ciascuna donna italiana.

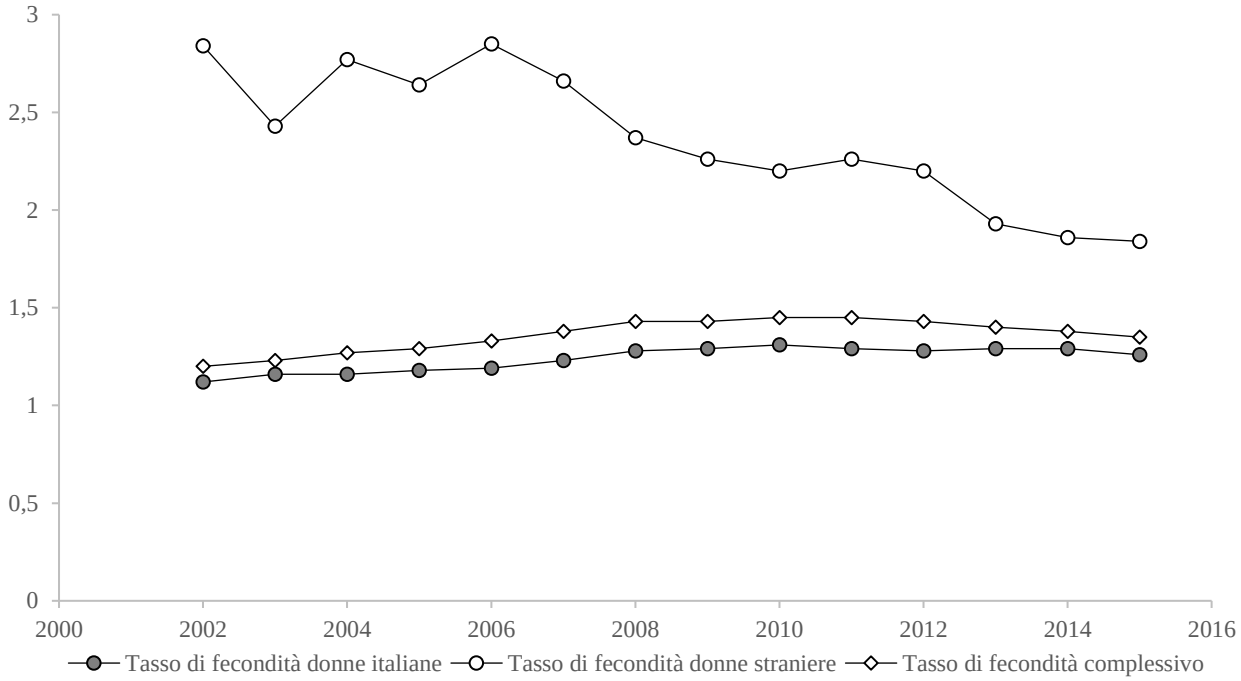

FIG. 1.3. Tasso di fecondità della popolazione autoctona e straniera.

Come illustrato dal grafico alla figura 1.3, la fecondità differenziale è molto evidente: il tasso di fecondità delle madri straniere era in effetti sensibilmente più alto rispetto a quello delle madri italiane nella città di Torino. Con il passare del tempo, tuttavia, il divario tra il numero medio di figli di madri straniere e italiane si va gradualmente riducendo. Per portare un esempio, nel 2002 il tasso di fecondità delle madri straniere era 2,82, mentre era 1,21 per le donne italiane. Dodici anni più tardi, il tasso di fecondità delle donne straniere è sceso a 1,86 (-35,2%), mentre quello delle donne italiane è salito a 1,29 (+12,5)[54]. Il tasso di fecondità delle donne italiane è oltretutto cresciuto di +0,19 dal 2002 al 2010, e di +0,14 tra il 2002 e il 2015. A seguito di quanto descritto in precedenza, questo fenomeno può essere ricondotto anche al processo di naturalizzazione dei genitori stranieri; la conseguenza è che alcune persone «scompaiono» dai dati statistici basati sulla

[53]. È opportuno menzionare che le donne straniere che abitano nelle regioni dell'Italia centrale e meridionale tendono, in media, ad avere un numero inferiore di figli, rispettivamente 1,73 e 1,79 figli per ciascuna donna. Si veda Istat, *Anno 2015. Natalità e fecondità nella popolazione residente*, cit., a p. 9.

[54]. I dati sono reperibili su http://dati.istat.it/Index.aspx?DataSetCode=DCIS_FECONDITA1# (11 settembre 2017). Va segnalato che i dati regionali dell'Istat concernenti il tasso di fecondità delle madri straniere e italiane sono stati messi a disposizione dal 2002.

nazionalità delle madri[55].

5. Perché i musulmani (italiani)?

In questo studio, si è scelto di concentrare l'attenzione, tra gli altri (aspiranti) genitori, su quelli musulmani. In primo luogo, occorre segnalare che i musulmani non sono considerati un'eccezione; questo paragrafo ha l'intento di chiarire le motivazioni a sostegno della scelta dei soggetti d'indagine[56].

Innanzitutto, l'*islām* è la seconda religione più diffusa in Europa dopo il cristianesimo. Parafrasando Gale, Brunn e Gilbreath, la mappa mondiale delle religioni sta cambiando; nella geografia religiosa contemporanea, «l'Occidente» deve pertanto fare spazio ai musulmani.[57] Questa comunità religiosa è ritenuta degna di attenzione, poiché è stato previsto che, nei prossimi decenni, la popolazione musulmana globale continuerà a crescere a un ritmo più sostenuto rispetto alla popolazione non musulmana[58]. I principali fattori a cui si deve il costante aumento dei musulmani sono stati identificati nei seguenti: maggiore tasso di fecondità, mortalità inferiore, maggiore emigrazione/immigrazione e struttura della popolazione più giovane[59].

In realtà, nonostante il tasso di fecondità sia sceso nella maggior parte dei paesi a maggioranza musulmana nel corso degli ultimi decenni[60]; su scala globale, i musulmani presentano il tasso di fecondità più alto. Tra i genitori musulmani, il tasso medio di fecondità è infatti di 3,1 bambini per donna e ciò implica che i livelli di fertilità dei genitori musulmani siano complessivamente i più elevati al mondo[61]. Questo dato di fatto, accompagnato al costante numero dei giovani musulmani (europei), contribuisce alla crescente quota musulmana della popolazione

---

[55]. Questa è la ragione principale per cui, oltre al criterio di cittadinanza, è stato adottato un criterio di selezione aggiuntivo, basato su nome e cognome dei pazienti, quale filtro utile all'indagine empirica condotta per il presente lavoro. Si veda *infra*, paragrafo 6 e capitoli IV e V.

[56]. Per un'introduzione agli studi accademici che considerano i musulmani «un caso eccezionale» anziché la normalità, si veda J. Césari, *Muslim Identities in Europe: The Snare of Exceptionalism*, in Al-Azmeh, A. e E. Fokas (a cura di), *Islam in Europe: Diversity, Identity and Influence*, Cambridge, CUP, 2007, pp. 49-67; e S. Allievi, *Reactive identities and Islamophobia: Muslim minorities and the challenge of religious pluralism in Europe*, in «Philosophy and Social Criticism», 38, 4-5, 2012, pp. 379-387.

[57]. Si veda R. Gale, *The Place of Islam in the Geography of Religion: Trends and Intersections*, in «Geography Compass», 1, 5, 2007, pp. 1015-1036; S.D. Brunn e D.A. Gilbreath (a cura di), *The Changing World Religion Map. Sacred Places, Identities, Practices and Politics*, Dordrecht, New York, London, Heidelberg, Springer 2015.

[58]. Si veda PRC, Pew Research Center's Forum on Religion and Public Life, *The Future of the Global Muslim Population. Projections for 2010-2030*, Washington, Pew Research Center, 2011; PRC, Pew Research Center's Forum on Religion & Public Life, *The Future of the Global Muslim Population. Projections for 2010-2050. Why Muslims Are Rising Fastest and the Unaffiliated Are Shrinking as a Share of the World's Population*, Washington, Pew Research Center, 2015. I dati riportati non distinguono tra le due principali correnti dell'*islām* - sunnita e sciita - e le varie denominazioni, confessioni, sette, correnti, sottogruppi e scuole giuridiche di pensiero. Per ulteriori dettagli, si veda *infra*, capitolo III.

[59]. I principali fattori sono i seguenti: fertilità, mortalità, emigrazione, immigrazione e struttura della popolazione per fasce d'età. Si vedano PRC, *The Future of the Global Muslim Population. Projections for 2010-2030*, cit., alle pp. 15, 22, 25, 131, e PRC, *The Future of the Global Muslim Population. Projections for 2010-2050*, cit., alle pp. 5, 7, 40.

[60]. Si vedano *inter alia* J. Schellekens e Z. Eisenbach, *Religiosity and Marital Fertility: Israeli Arab Muslims, 1955-1972*, in «Journal of Family History», 35, 2, 2010, pp. 147-163, e C.L. Hughes, *The «Amazing» Fertility Decline: Islam, Economics, and Reproductive Decision Making among Working-Class Moroccan Women*, in «Medical Anthropology Quarterly», 25, 4, 2011, pp. 417-435.

[61]. Si veda PRC, *The Future of the Global Muslim Population. Projections for 2010-2030*, cit., alle pp. 10, 25; e PRC, *The Future of the Global Muslim Population. Projections for 2010-2050*, cit., a p. 75.

mondiale, secondo le proiezioni del Pew Research Center's Forum on Religion and Public Life[62].

La quota musulmana della popolazione europea è di fatto cresciuta costantemente dal 4% nel 1990 al 6% nel 2010 e si prevede che questo andamento continuerà[63]. Stando alle proiezioni, nel 2030, i musulmani potrebbero pertanto corrispondere all'8% della popolazione complessiva europea, ed entro il 2050, i musulmani rappresenterebbero il 10% degli europei[64]. Come chiarito dal Pew Research Center's Forum on Religion and Public Life «la porzione dei musulmani nella popolazione europea raddoppierà tra il 2010 e il 2050, passando dal 5,9% circa al 10,2%»[65].

TAB. 1.7. *Percentuali di musulmani residenti nei paesi europei*

	1990	2010	2030	2050
Musulmani residenti in Europa (%)	4	6	8	10

Qualora l'attuale andamento demografico dovesse proseguire, i musulmani saranno l'unico gruppo religioso per il quale è previsto un aumento più rapido rispetto a quello della popolazione globale complessiva e raggiungerebbero pertanto il 29,7% della popolazione mondiale nell'arco di circa tre decenni. I ricercatori indicano che nel lasso di tempo 2010-2050, la crescita della popolazione globale complessiva sarà del 35%, mentre si stima che i musulmani aumenteranno del 73%[66]. Si presume inoltre che il tasso di crescita annuo dei musulmani sarà notevolmente più alto rispetto al tasso di crescita mondiale. Tra il 2010 e il 2015, per esempio, il tasso di crescita della popolazione musulmana è stato di +1,8%, mentre il tasso di crescita della popolazione mondiale è stato di +1,1%[67].

L'andamento descritto è in linea con quello italiano: la quota musulmana della popolazione italiana cresce costantemente e significativamente. Secondo i dati pubblicati dal Pew Research Center, nel 2010 il 2,6% della popolazione italiana era musulmano e il 3,7% nel 2012[68]. La percentuale di musulmani residenti in Italia ha attualmente raggiunto il 4%, stando alle più recenti stime disponibili[69]. Si prevede quindi che i musulmani raggiungeranno il 5,4% dei residenti italiani

[62]. Nel 2010, ad esempio, il 34% dei musulmani era al di sotto dei 15 anni d'età, mentre appena più di un quarto della popolazione mondiale totale (27%) aveva meno di 15 anni. Si veda PRC, *The Future of the Global Muslim Population. Projections for 2010-2030*, cit., a p. 135; e PRC, *The Future of the Global Muslim Population. Projections for 2010-2050*, cit., alle pp. 10 e 77.

[63]. C. Hackett, *facts about the Muslim population in Europe*, in «Fact Tank», 19 luglio 2016, a p. 2.

[64]. PRC, *The Future of the Global Muslim Population. Projections for 2010-2050*, cit., alle pp. 17 e 79.

[65]. Si veda *Ibidem*, a p. 50.

[66]. Si veda PRC, *The Future of the Global Muslim Population. Projections for 2010-2030*, cit., a p. 13; PRC, *The Future of the Global Muslim Population. Projections for 2010-2050*, cit., alle pp. 7-8, 14.

[67]. Si veda PRC, *The Future of the Global Muslim Population. Projections for 2010-2050*, cit., a p. 70.

[68]. Si vedano rispettivamente PRC, *The Future of the Global Muslim Population. Projections for 2010-2030*, cit., alle pp. 124 e 130; PRC, *The Global Religious Landscape*, Roma, Pew Research Center, 2012, p. 47. Cfr. PRC, *The Global Religious Landscape*, cit., a p. 47; PRC, *The Future of the Global Muslim Population. Projections for 2010-2050*, cit., a p. 328.

[69]. Stime basate sui dati forniti da ISMU, Orim, Istat e dal Ministero dell'Interno. Si veda F. Ciocca, *Quanti sono i musulmani in Italia? Stime, analisi e proiezioni*, in «Lenius», 22 agosto 2017, pp. 1-12, a p. 3.

nel 2030[70] e il 9,5% entro il 2050.[71] In termini reali, si presume che il numero dei musulmani salirà da 1.583.000 a 3.199.000 nell'arco di vent'anni[72]. Entro il 2030, si calcola che la popolazione musulmana sarà aumentata di più del doppio, con un incremento percentuale previsto di +102,1 e una variazione in punti percentuali stimata di 2,7[73].

TAB. 1.8. *Cifre e stime concernenti la popolazione musulmana in Italia*

	2010	2012	2017	2030	2050
Musulmani «visibili» residenti in Italia (%)	2,6	3,7	4	5,4	9,5

Secondo le stime più recenti, all'inizio del 2017, i residenti musulmani sul territorio italiano ammontavano a 2.520.000.[74] Il 43% di questi era (anche) cittadino italiano e perciò, come brevemente menzionato prima e come verrà ulteriormente approfondito in seguito, quasi «invisibile» nelle analisi (statistiche) che valutano la nazionalità quale indicatore di appartenenza religiosa.

Considerando nello specifico le comunità migranti, nel 2014, i musulmani stranieri residenti in Italia erano 1,6 milioni[75] e 1,4 milioni nel 2015; più precisamente, alla fine del 2015, i musulmani corrispondevano al 32% degli immigrati in Italia[76]. Se si prendono in esame gli stranieri sia regolari sia irregolari, tuttavia, la quota musulmana della popolazione locale aveva raggiunto i 1,7 milioni all'inizio del 2015[77]. Stando ai dati pubblicati dal *Dossier Statistico Immigrazione 2016*, il 1° gennaio del 2016, i cittadini stranieri residenti in Italia erano 5.054.000 e rappresentavano pertanto l'8,3% della popolazione totale[78]. La stessa percentuale di stranieri è stata riportata il 1° gennaio del 2017, quando i cittadini stranieri residenti in Italia corrispondevano sempre all'8,3% della popolazione totale italiana, benché fosse stato registrato un aumento di 2.500 unità (+0,5 per mille)[79].

[70]. Secondo i dati riportati da PRC, *The Future of the Global Muslim Population. Projections for 2010-2030*, cit., alle pp. 124, 126-127, 130 e 161.
[71]. PRC, *The Future of the Global Muslim Population. Projections for 2010-2050*, cit., alle pp. 50 e 238. Se non dovesse verificarsi una nuova migrazione, si prevede che i musulmani raggiungeranno il 7,2% della popolazione italiana entro il 2050.
[72]. Si veda PRC, *The Future of the Global Muslim Population. Projections for 2010-2030*, cit., a p. 124. Tra il 1990 e il 2010, la popolazione musulmana è cresciuta da 858.000 (1,5%) a 1.583.000 (2,6%); si veda *Ibidem*, a pagina 161.
[73]. Secondo i dati riportati da PRC, *The Future of the Global Muslim Population. Projections for 2010-2030*, cit., alle pp. 124, 126-127, 130 e 161.
[74]. Si veda *supra* e Ciocca, *Quanti sono i musulmani in Italia? Stime, analisi e proiezioni*, cit.
[75]. Fondazione ISMU, *Religioni in Italia e nel mondo*, in «ISMU Iniziative e Studi», maggio 2014, pp. 1-3, a p. 1.
[76]. Si veda Centro Studi e Ricerche IDOS e Confronti, *Dossier Statistico Immigrazione 2016*, Roma, Edizioni IDOS, 2016, pp. 9-14.
[77]. Si veda A. Menonna, *La presenza musulmana in Italia*, in «Fact Sheet ISMU», 1-5 giugno 2016, alle pp. 1-3.
[78]. Centro Studi e Ricerche IDOS e Confronti, *Dossier Statistico Immigrazione 2016*, cit. Rispetto al 2015, è stato registrato un aumento di 39 mila unità tra gli immigrati. Si veda Istat, *Demographic indicators. Estimates for the year 2015*, in *Istat Report*, 19 febbraio 2016, pp. 1-7, a p. 1.
[79]. Istat, *Demographic indicators. Estimates for the year 2016*, cit., a p. 1.

Come già discusso in precedenza, l'immigrazione assume un ruolo fondamentale nell'incremento della popolazione musulmana nazionale. Secondo i dati pubblicati dall'Istat, gli stranieri extracomunitari in possesso di permesso di soggiorno in Italia al 1° gennaio del 2016 erano 3.931.133; tra questi migranti, la maggior parte proveniva da due paesi vantanti una significativa presenza musulmana, ossia Marocco (510.450) e Albania (482.959)[80].

Mentre i permessi di soggiorno rilasciati per motivi di lavoro stanno notevolmente diminuendo, quelli rilasciati per asilo politico e altre ragioni umanitarie sono in continuo aumento, in termini sia assoluti sia relativi. Dalle statistiche si evince che nel 2015, questi ultimi rappresentavano il 28,2% dei nuovi afflussi; nel 2014, erano solamente il 19,3% e nel 2013 erano appena il 7,5%. I paesi a maggioranza musulmana sono altresì fortemente rappresentati tra gli stati di provenienza di richiedenti asilo e rifugiati, come emerge dalle seguenti cifre: Nigeria (13.739 permessi), Pakistan (8.571), Gambia (7.229), Senegal (5.411), Mali (5.240), Bangladesh (5.085), Afghanistan (3.731) e Ghana (2.896)[81]. È stato messo in evidenza che Gambia, Nigeria e Pakistan erano i paesi d'origine della maggior parte dei migranti in possesso di permessi di soggiorno per asilo e altri motivi umanitari, raggiungendo rispettivamente il 96,9%, 80,5% e 59,4% del totale. A titolo illustrativo, questi rappresentavano il 43,8% di tutti i permessi rilasciati dal governo italiano per tali ragioni nel 2015[82].

Adottando una prospettiva geografica, le regioni italiane nord-occidentali accolgono il 25,9% dei richiedenti asilo e dei rifugiati sul territorio italiano; nel 2015, gli immigrati che hanno beneficiato di un permesso per asilo e altri motivi umanitari sono stati 2.290 nella sola provincia di Torino[83]. Nel lungo periodo è verosimile prevedere che queste nazionalità saranno in modo crescente rispecchiate nel bacino d'utenza delle cliniche della fertilità locali. Tra gli stranieri musulmani, cinque comunità rappresentano i due terzi del numero totale della popolazione musulmana residente in Italia; si tratta di cittadini provenienti da Marocco, Albania, Bangladesh, Pakistan ed Egitto[84]. Il numero maggiore di immigrati musulmani (55%) è distribuito in quattro regioni italiane, ossia Lombardia, Emilia-Romagna, Veneto e Piemonte. In quest'ultima, gli immigrati musulmani ammontavano a 119.000 al 1° gennaio 2016; i musulmani rappresentano perciò l'8,4% della totalità degli immigrati locali[85] e questo dato descrive solo parzialmente la popolazione piemontese musulmana. Invero, è necessario fare presente che i cittadini irregolarmente presenti sul territorio, i cittadini regolari non residenti, e gli stranieri naturalizzati sono a tutti gli effetti esclusi dai dati statistici sopra riportati e divengono pertanto «invisibili».

Particolare attenzione meritano gli stranieri naturalizzati, giacché il numero di stranieri a cui viene concessa la cittadinanza italiana cresce regolarmente. A titolo esemplificativo – come si vede nel dettaglio nel grafico 1.4 – le statistiche rivelano che nel 2005 vennero registrate 29.000 acquisizioni di cittadinanza italiana; cinque anni dopo, ossia nel 2010, furono naturalizzati 66.000 individui; nel 2015, il numero di naturalizzazioni raggiungeva le 178.000 unità. Sulla scia di questa progressione, venivano stimate 205.000 acquisizioni di cittadinanza per il 2016. Inoltre, il numero

---

[80]. Istat, *Non-EU citizens: presence, new inflows and acquisition of citizenship. Years 2016-2017*, in *Statistiche Report*, 11 ottobre 2017, pp. 1-2, a p. 1.

[81]. Istat, *Non-EU citizens: presence, new inflows and acquisition of citizenship. Years 2015-2016*, in *Statistiche Report*, 29 settembre 2016, pp. 1-2, a p. 1. Si veda anche Istat, *Indicatori demografici. Stime per l'anno 2015*, in *Statistiche Report*, 19 febbraio 2016, pp. 1-14, alle pp. 6-8.

[82]. Istat, *Non-EU citizens: presence, new inflows and acquisition of citizenship. Years 2015-2016*, cit., a p. 1.

[83]. Istat, *Indicatori demografici. Stime per l'anno 2015*, cit. a p. 8.

[84]. Ciocca, *Quanti sono i musulmani in Italia? Stime, analisi e proiezioni*, cit., a p. 6.

[85]. Fondazione ISMU, *The Twenty-first Italian Report on Migrations 2015*, Milano, McGraw-Hill Education, 2016, p. 2.

complessivo, sia di acquisizioni di cittadinanza garantite ai figli per trasmissione sia dei giovani (nati in Italia da genitori stranieri) che hanno scelto la cittadinanza italiana una volta raggiunti i 18 anni, è cresciuto da circa 10.000 nel 2011 a oltre 66.000 nel 2015[86].

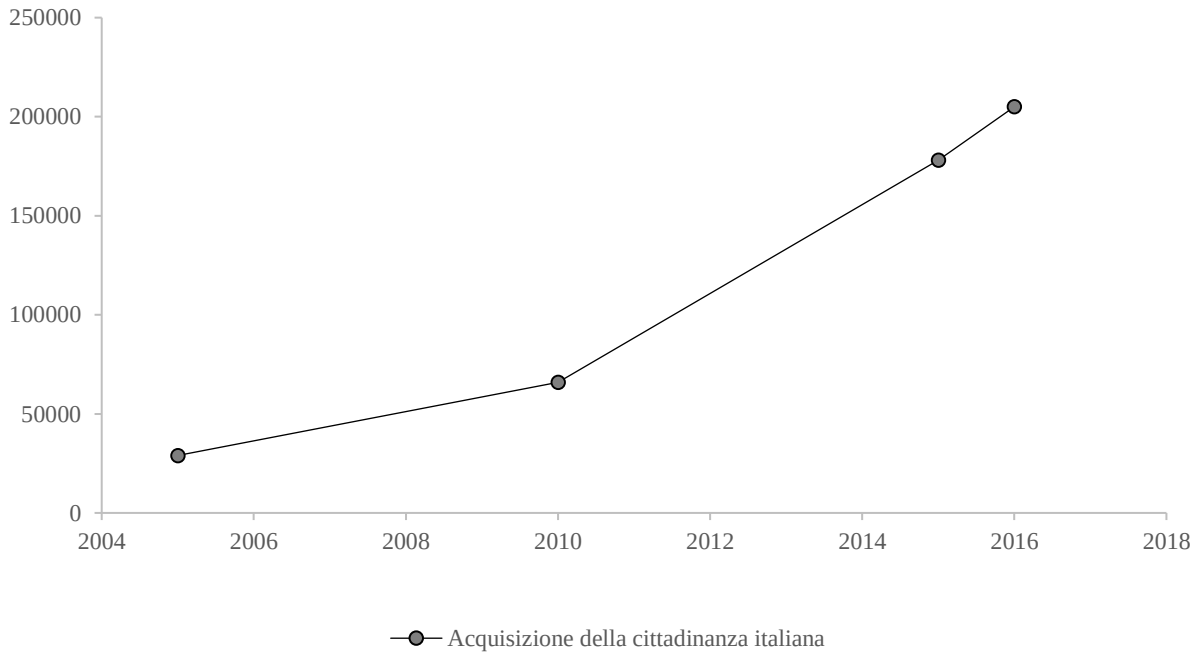

FIG. 1.4. Aumento dei processi di naturalizzazione.

Quanto esposto indica che il paese si trova di fronte a una fase di immigrazione più matura e che la quota complessiva dei musulmani italiani è in continua e rapida crescita. Nel 2015, ad esempio, il 42% delle acquisizioni di cittadinanza da parte di cittadini extracomunitari concerneva 35.134 albanesi e 32.448 marocchini. Nello stesso anno, veniva registrata anche una considerevole porzione di stranieri naturalizzati provenienti da paesi a maggioranza musulmana e da paesi con una significativa presenza musulmana, ossia India, Bangladesh, Pakistan, Tunisia, Macedonia, Egitto e Senegal[87].

In conseguenza di ciò, la popolazione musulmana locale è sempre più italiana. Nel 2015, ad esempio, su 2,6 milioni di musulmani residenti nel territorio italiano, solo 1,7 erano stranieri[88]. È stato inoltre evidenziato che appena il 57% dei musulmani residenti in Italia è costituito da cittadini stranieri; nello specifico, l'82% dei cittadini musulmani italiani al giorno d'oggi è costituito da cittadini naturalizzati, il 9% da figli di genitori naturalizzati e il restante 9% da autoctoni convertiti all'*islām*[89]. Questi dati, in combinazione con la giovane età degli stranieri naturalizzati (il 38% delle

[86]. Istat, *Non-EU citizens: presence, new inflows and acquisition of citizenship. Years 2015-2016*, cit., a p. 1.
[87]. Informazioni dettagliate possono essere trovate in Istat, *Indicatori demografici. Stime per l'anno 2015*, cit. alle pp. 1, 11-13.
[88]. Secondo le stime, 500 mila dal Marocco, 270 mila dall'Albania, 117 mila dal Bangladesh, 111 mila dalla Tunisia, 105 mila dall'Egitto, 101 mila dal Pakistan, 97 mila dal Senegal, 58 mila dalla Macedonia, 49 mila dal Kosovo, 26 mila dall'Algeria, 25 mila dalla Bosnia-Erzegovina e 22 mila dalla Turchia. Si veda Menonna, *La presenza musulmana in Italia*, cit., alle pp. 2-3.
[89]. Si veda Ciocca, *Quanti sono i musulmani in Italia? Stime, analisi e proiezioni*, cit., alle pp. 4-5.

acquisizioni di cittadinanza è ottenuto da minorenni e il 50% da individui con meno di 30 anni di età')[90], si ripercuotono, naturalmente, sul (potenziale) tasso di fecondità dei potenziali genitori musulmani. Oltretutto, la crescita incessante della popolazione musulmana locale condiziona, nel lungo periodo, i servizi forniti dai centri di fertilità nazionali; è pertanto necessario prestare particolare attenzione ai bisogni e alle richieste degli aspiranti genitori musulmani che fanno in modo crescente riferimento agli ospedali e alle cliniche che offrono procedure di PMA.

6. Soggetti e metodi d'indagine

Al fine di proporre un'analisi efficace del fenomeno in esame, il presente studio si avvale di fonti di dati multiple, in linea con i metodi di ricerca socio-giuridica[91]. Ciascun capitolo elabora dati statistici, pubblicazioni accademiche, legislazione rilevante, giurisprudenza nazionale, norme religiose, fonti islamiche e costumi musulmani, oltre a dati qualitativi e quantitativi rilevati sul campo[92]. Prestando attenzione alle specificità delle comunità musulmane[93], dei contesti medico-

[90]. Per ulteriori dettagli, si veda Istat, *Indicatori demografici. Stime per l'anno 2015*, cit., a p. 12. Nel 2015, i soggetti al di sotto dei 20 anni rappresentavano il 42% dei nuovi cittadini italiani. Istat, *Non-EU citizens: presence, new inflows and acquisition of citizenship. Years 2015-2016*, cit.

[91]. Per ragioni di brevità, non è possibile fornire informazioni approfondite sui metodi di ricerca adottati. Di conseguenza, i riferimenti bibliografici pertinenti verranno indicati in nota. Per quanto concerne l'approccio metodologico scelto, si vedano A. Bryman, *Social research methods*, Oxford, New York, OUP, 2001; M. Bulmer (a cura di), *Sociological research methods. An introduction. II ed.*, Piscataway, Macmillan Press, 2003; N.K. Denzin, *The research act: A theoretical introduction to sociological methods*, Englewood Cliffs, NJ, Prentice Hall, 1989; J. Elliott, *Using Narrative in Social Research: Qualitative and Quantitative Approaches*, London, Sage, 2005; G. Gray, N. Guppy, *Successful surveys: Research methods and practice*, Toronto, Harcourt Brace, 1994; T.E. Huff, *Max Weber and the methodology of the social sciences*, New Brunswick, NJ, Transaction Publishers, 2003; F.K. Ringer, *Max Weber's methodology: The unification of the cultural and social sciences*, Cambridge, Harvard University Press, 1997; N.S.R. Walliman, *Social research methods*, London, Sage, 2006; M. Weber, *The methodology of the social sciences*, New York, Free Press, 1949; D. Yanow e P. Schwartz-Shea (a cura di), *Interpretation and method: Empirical research methods and the interpretive turn*, New York, Armonk, London, M.E. Sharp, 2006. Si veda inoltre R. Banakar e M. Travers (a cura di) *Theory and method in socio-legal research*, Oxford, Portland, OR, Hart, 2005.

[92]. Riguardo ai primi, si vedano *inter alia* N.K. Denzin e Y.S. Lincoln (a cura di), *The handbook of qualitative research*, London, Sage, 1994; Iid. (a cura di), *Collecting and interpreting qualitative materials*, London, Thousand Oaks, Sage, 1998; M. Fallon, *Writing up quantitative research in the social and behavioural sciences*, Rotterdam, Boston, Sense publishers, 2016; U. Flick, *An introduction to qualitative research: Theory, method and applications*, London, Sage, 1998; W. Hollway e T. Jefferson, *Doing qualitative research differently: Free association, narrative, and the interview method*, London, Sage, 2000; D. Weinberg (a cura di), *Qualitative research methods*, Oxford, Blackwell, 2002. Riguardo ai secondi, si vedano *inter alia* M. Balnaves e P. Caputi, *Introduction to Quantitative Research Methods: An Investigative Approach*, London, Thousand Oaks, 2001; R.H. Bernard, *Social Research Methods: Qualitative and Quantitative Approaches*, Thousand Oaks, Sage, 2000; Id., *Research Methods in Anthropology: Qualitative and Quantitative Approaches*, V ed, Lanham, Altamira, 2011; N. Blaikie, *Analyzing Quantitative Data: From Description to Explanation*, London, Thousand Oaks, Sage, 2008; J.W. Creswell, *Research Design: Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches*, Los Angeles, Sage, 2014; P.S. Maxim, *Quantitative Research Methods in the Social Sciences*, Oxford, OUP, 1999; P.W. Vogt (a cura di), *Sage Quantitative Research Methods*, Los Angeles, Sage, 2011; R.K.Y. Yin, *Case Study Research: Design and Methods*, IV ed., Thousand Oaks, Sage, 2009. Si vedano anche i seguenti volumi T.D. Little (a cura di), *The Oxford Handbook of Quantitative Methods: Foundations*, Oxford. OUP, 2003; J.W. Osborne (a cura di), *Best Practices in Quantitative Methods*, Los Angeles, London, Sage, 2008; T. Panter e S.K. Sterba (a cura di), *Handbook of Ethics in Quantitative Methodology*, New York, Routledge, 2011; M. Watzlawik e B. Aristi (a cura di), *Capturing Identity: Quantitative and Qualitative Methods*, Plymouth, University Press of America, 2007.

[93]. Come delucidate da N. Jeldtoft e J. Nielsen (a cura di), *Methods and contexts in the study of Muslim minorities: Visible and invisible Muslims*, London, Routledge, 2012.

sanitari e della bioetica[94], le evidenze empiriche sono state raccolte attraverso l'esame di documenti, l'osservazione (non) partecipante sul campo, gruppi di discussione e interviste semi-strutturate. I soggetti intervistati sono stati selezionati combinando le tecniche di campionamento per aree, di campionamento di disponibilità (cosiddetto *accidental sampling*) e di campionamento a catena (cosiddetta *snowball technique*).

Le attività di ricerca sul campo e di raccolta dei dati sono state suddivise in tre fasi: indagine pilota condotta da giugno ad agosto 2016, fase di approfondimento da settembre 2016 ad agosto 2017 e *follow up* da settembre a ottobre 2017. I soggetti contattati appartengono alle seguenti categorie [95]:

- l'organico amministrativo dei centri medici e delle cliniche che offrono servizi di PMA;
- il personale clinico dei centri medici e delle cliniche che offrono servizi di PMA;
- i mediatori culturali locali operanti nel settore medico;
- i pazienti delle cliniche di PMA (ad esempio, aspiranti madri e padri [musulmani]);
- le figure islamiche attive a livello locale, nazionale, internazionale;
- i responsabili di associazioni musulmane attive a livello locale e nazionale.

Ulteriori dettagli in merito alle categorie sopraelencate verranno forniti nelle seguenti sottosezioni.

6.1. Centri medici e cliniche locali eroganti procedure di PMA

Tutti i centri medici che effettuano trattamenti di riproduzione medico-assistita (RMA) a Torino (nella regione Piemonte), così come accertati e riconosciuti dal Registro Nazionale della Procreazione Medicalmente Assistita[96], furono invitati a prendere parte al presente studio[97]. Localmente, è possibile individuare otto centri: due finanziati con fondi pubblici, uno accreditato e quindi (in parte) finanziato dal servizio sanitario nazionale (SSN) e cinque cliniche supportate da fondi privati. I direttori di tutti i centri furono incontrati e (parzialmente) intervistati dall'autore; tuttavia, la direzione sanitaria di uno delle strutture sanitarie pubbliche decise infine di non partecipare all'indagine. Ne consegue quindi che, nel volume, vengono riportati e analizzati i dati relativi a sette centri torinesi di PMA.

Ai fini delle attività di ricerca, i centri medici e le cliniche di PMA partecipanti furono invitati a fornire dati sia qualitativi sia quantitativi. I centri di fertilità contribuirono, in diversa misura, a mettere a disposizione dati, rendere possibile l'esame di documenti, concedere la

---

[94]. Si veda ad esempio R.G. De Vries e J. Subedi, *Bioethics and Society: Constructing the Ethical Enterprise*, Upper Saddle River, Prentice Hall, 1998; M. Düwell, *Bioethics: Methods, Theories, Domains*, London, Routledge, 2013; R.C. Fox e J.P. Swazey, *Observing Bioethics*, Oxford, OUP, 2008; S. Holm e M.F. Jonas (a cura di), *Engaging the World: The Use of Empirical Research in Bioethics and the Regulation of Biotechnology*, Amsterdam, IOS Press, 2004; J. Ives, M. Dunn e A. Cribb (a cura di), *Empirical Bioethics: Theoretical and Practical Perspectives*, Cambridge, CUP, 2016; C. Rehmann-Sutter, M. Düwell e D. Mieth (a cura di), *Bioethics in Cultural Contexts: Reflections on Methods and Finitude*, Dordrecht, Springer 2006; B. Steinbock (a cura di), *The Oxford Handbook of Bioethics*, Oxford, OUP, 2007; G. Weisz (a cura di), *Social Science Perspectives on Medical Ethics*, Dordrecth, Kluver, 1990.

[95]. L'autore è sinceramente riconoscente a tutti i soggetti d'indagine per aver accolto e supportato questo progetto di ricerca: senza il loro sostegno e il loro aiuto, il presente studio non sarebbe stato possibile. Tutti i dati rilevati sul campo sono stati resi anonimi, pertanto i dati identificativi degli inetrvistati non possono essere menzionati in questa sede.

[96]. Per dettagli in merito a tale aspetto, si veda *infra*, capitolo II, paragrafi 3 e 5-6.

[97]. Tramite corrispondenza elettronica e/o telefonica e/o incontro resi possibili dagli informatori della ricerca.

possibilità di osservazioni etnografiche e di condurre gruppi di discussione e interviste.

In particolare, ai centri che presero parte allo studio era stato chiesto di rivelare il numero totale di pazienti per gli anni 2015 e 2016, così come comunicati al Registro Nazionale della Procreazione Medicalmente Assistita[98]. Secondo le leggi italiane, tali dati (oltre a materiale informativo più particolareggiato) devono essere comunicati ufficialmente al Ministero della Salute due volte l'anno e devono essere resi pubblici. Nonostante in principio tutte e sette le cliniche partecipanti avessero garantito l'accesso ai dati menzionati, solamente alcuni dei centri clinici in conclusione li rivelarono[99]. L'autore aveva richiesto anche copia dei moduli per il consenso informato forniti ai pazienti, nonché di altri documenti ai fini di legge rilasciati dai centri di RMA ai genitori intenzionali che si sottopongono a trattamenti di fertilità[100]. Purtroppo, non tutti i centri si mostrarono disposti a fornire tale documentazione per questo studio[101]. In realtà, sebbene tutti i centri di fertilità coinvolti avessero manifestato interesse e disponibilità a prendere parte al presente studio, alcuni di essi manifestarono infine elusività[102]. È in ogni caso opportuno sottolineare che le difficoltà descritte erano spesso legate alle specificità dell'indagine etnografica condotta; le interviste venivano in effetti posposte soprattutto a causa di emergenze cliniche.

Sebbene alcuni centri di fertilità si fossero dimostrati restii a rivelare il numero totale dei propri pazienti e a mettere a disposizione il relativo materiale, altri accolsero la ricerca con vivo interesse; la documentazione quantitativa sopradescritta fu quindi esaminata dall'autore. Venne inoltre consentito l'accesso a un centro di PMA e ai contesti clinici connessi – quali ambulatori medici specialistici, uffici dei mediatori culturali e pronto soccorso ospedaliero. In questo modo, fu possibile raccogliere dati quantitativi e qualitativi.

Materiale più dettagliato, oltre ai dati relativi al numero di pazienti poc'anzi menzionato, venne fornito da tre cliniche. Innanzitutto, due centri medici privati procurarono dati concernenti i pazienti musulmani che avevano intrapreso trattamenti di fertilità con donazione di gameti femminili e/o maschili. In secondo luogo, uno dei centri di RMA con sede in una struttura ospedaliera pubblica consentì all'autore di consultare gli elenchi elettronici di tutti gli appuntamenti per trattamenti di fertilità al fine di identificare i pazienti stranieri e/o musulmani.

Una delle liste esaminate includeva procedure di I, II e III livello erogate a un totale di

---

[98]. Questo dato era necessario per estrapolare il numero di potenziali genitori musulmani che hanno usufruito dei servizi di fertilità offerti. Per ulteriori dettagli, si veda *infra*, capitolo V.

[99]. Fatta eccezione per il centro di PMA che aveva deciso di non partecipare al presente studio, tutti i professionisti medico-sanotari intervistati si dissero disponibili a fornire tali dati. Ciononostante, ottenere il numero di pazienti si rivelò essere un compito piuttosto arduo. In alcuni casi, fu necessario contattare più volte i centri per stabilire un appuntamento telefonico con il personale e richiedere un nuovo incontro con il direttore. Quando era possibile concordare un appuntamento, molto raramente il materiale richiesto veniva fornito. Spesso l'autore veniva indirizzato a un'altra persona, che si occupava dei rapporti con il Ministero della Salute e che avrebbe dovuto pertanto conoscere l'esatto numero di pazienti che avevano accesso al centro su base annuale. In alcuni casi, anche l'incontro con questa fonte esperta richiese numerose telefonate e/o e-mail. In altri, la corrispondenza venne ignorata per alcuni mesi.

[100]. Come descritti *infra*, nel capitolo II, paragrafo 2.

[101]. Di conseguenza, gli incontri precedentemente concordati vennero successivamente rinviati e l'invio dei dati che avrebbero dovuto fornire fu ripetutamente rimandato. In un solo caso, all'autore fu permesso di leggere una copia di alcuni documenti distribuiti ai pazienti, mentre si trovava nella sala d'aspetto della clinica di PMA, ma non fu possibile ottenere una copia del documento, in modo da poterla analizzare nel presente studio.

[102]. A titolo esemplificativo, in alcuni casi, l'autore aveva dovuto telefonare al centro medico dalle sei alle otto volte, prima che la chiamata fosse trasferita al direttore della clinica o che fosse possibile ottenere un appuntamento telefonico. Quando l'autore era riuscito a parlare con il direttore e a concordare un giorno e un orario per l'intervista, a volte era stato necessario attendere per diverse ore. In qualche occasione, l'appuntamento veniva rimandato talmente a lungo che si rendeva necessario riprogrammarlo

16.028 pazienti, tra il 2009 e il 2017[103]. Su 8.014 coppie, vennero identificate dall'autore 2.444 coppie con almeno un aspirante genitore straniero e 712 coppie con almeno un componente musulmano[104]. Furono quindi estratti, studiati e analizzati dati per oltre 700 pazienti musulmani, uomini e donne[105].

Un secondo elenco conteneva informazioni più particolareggiate concernenti aspiranti madri e padri musulmani sottopostisi a trattamenti di fertilità tra il 2005 e il 2016. Secondo gli accordi presi in precedenza con la clinica, l'autore poté identificare tutti i dettagli elencati nel paragrafo precedente in riferimento a 712 pazienti musulmani. Il documento che ne risultò venne poi inviato al medico competente, che, essendo autorizzato ad accedere alle cartelle cliniche elettroniche dei pazienti, ebbe modo di fornire ulteriori informazioni, come richieste dall'autore[106]. Il documento elettronico ricevuto fu perfezionato dall'autore, preliminarmente all'analisi del materiale discusso nel presente volume.

Il materiale analizzato includeva inoltre cinque liste stilate a mano dal personale della clinica contenenti i cognomi dei pazienti che si erano recati ad appuntamenti clinici per trattamenti di fertilità di vario genere durante il mese islamico in cui si pratica il digiuno. Il materiale riguardante visite mediche durante il *ramadhān* venne appositamente selezionato al fine di individuare un eventuale aumento o diminuzione del numero di pazienti musulmani in determinati periodi dell'anno. Nel portare a termine il processo di raccolta e di analisi di tutti questi dati, emersero alcune problematiche di ordine logistico e quantitativo[107].

Per quanto concerne i dati qualitativi, occorre evidenziare un ulteriore aspetto: in alcuni centri di PMA, furono autorizzati incontri e interviste sia con il personale medico-sanitario sia con i pazienti. In alcuni casi, in particolare, fu possibile osservare l'interazione tra genitori intenzionali, medici, ginecologi, andrologi e infermieri.

Inoltre, nei centri medici e nelle cliniche di RMA partecipanti allo studio, vennero rilasciate interviste dal personale amministrativo – più precisamente dal personale impiegatizio e dalle figure di supporto ai professionisti sanitari, quali gli operatori sociosanitari (OSS) – e dal personale

---

[103]. La terminologia impiegata è chiarita *infra*, nel capitolo II, al paragrafo 3.

[104]. Questa informazione è stata ottenuta incrociando fattori trasversali quali la nazionalità dei pazienti, i paesi di provenienza, cognomi e nomi musulmani, simboli religiosi indossati dai pazienti e aspetto fisico (quando possibile). Per ulteriori dettagli su come identificare i nomi musulmani, si veda Financial and Banking Information Infrastructure Committee, *A Guide to Names and Naming Practices*, UK, FBIIC, 2006 consultabile online su https://www.fbiic.gov/public/2008/nov/Naming_practice_guide_UK_2006.pdf; Hippocrene Books (a cura di) *Arabic First Names*, New York, Hippocrene Books, 1999; G.T. Horlacher, *Various Country and Ethnic Naming Customs*, in «ProGenealogists Articles & Education», disponibile online su https://web.archive.org/web/20140705131227/http://www.progenealogists.com/namingpatterns.htm; D. ibn Auda, *Period Arabic Names and Naming Practices*, in «Society for Creative Anachronism», 2013, online all'indirizzo: http://heraldry.sca.org/laurel/names/arabic-naming2.htm; A. Schimmel, *Islamic Names: An Introduction*, Edinburgh, Edinburgh University Press, 1989; K.M. Sharma, *What's in a Name: Law, Religion, and Islamic Names*, in «Denver Journal of International Law and Policy», 26, 2, 1997 pp. 151-208; J. Stewart, *1,001 African Names: First and Last Names from the African Continent*, New York, Citadel Press, 1997; S.M. Zawawi, *African Muslim names: Images and identities*, Trenton, NJ, Africa World Press, 1998.

[105]. Dati relativi a nomi, cognomi ed età delle aspiranti madri e degli aspiranti padri; descrizione dell'infertilità/sterilità delle madri intenzionali; descrizione dell'infertilità/sterilità dei padri intenzionali; trattamenti consigliati; data del primo trattamento; data del primo consulto medico; appunti.

[106]. Le informazioni riguardano: nazionalità dei potenziali madri e padri; esenzione dal ticket dei pazienti; consanguineità dei futuri genitori; tipo di trattamento/i intrapreso/i; numero di trattamenti; numero di gravidanze verificatesi; numero di bambini nati; appunti. L'autore desidera esprimere la propria gratitudine alla Dottoressa Noemi di Segni per l'inestimabile aiuto e al Professor Alberto Revelli per il suo prezioso sostegno e per aver consentito l'accesso alla clinica e ai pazienti della stessa.

[107]. Ulteriori dettagli sono indicati *infra*, nel capitolo V.

medico – ossia professionisti medico-sanitari quali medici, clinici, specialisti di fecondazione in vitro, responsabili clinici della medicina riproduttiva, ostetrici, infermieri, biologi, embriologi, genetisti e psicologi[108]. Le osservazioni ricavate grazie alle interviste rilasciate sono analizzate nei capitoli II, IV e V.

6.2. Mediatori culturali locali

Al fine di comprendere meglio le dinamiche medico-paziente, oltre ai soggetti d'indagine sopraelencati, furono inoltre intervistati alcuni mediatori culturali. Tale figura professionale è infatti di importanza cruciale, essendo portatrice del trasferimento culturale e fungendo da ponte in presenza di barriere linguistiche e geo-culturali, nello specifico in ambito sanitario[109].

Furono contattati sette mediatori culturali operanti in campo clinico (e psicologico) nella città di Torino[110]. Si trattava di sei donne e di un uomo con esperienza sul campo dai tre ai quindici anni. Cinque di loro avevano collaborato, in passato, con ospedali pubblici e cinque erano connessi ad organizzazioni finanziate con fondi statali. Si tratta di cittadini italiani naturalizzati, originariamente provenienti dal Medio Oriente (ad esempio, Libano e Siria), Nordafrica (ad esempio, Marocco ed Egitto) ed Europa dell'Est (ad esempio, Albania). All'interno di questo gruppo di interlocutori, l'età variava dai 25 ai 50 anni. In merito all'appartenenza religiosa, due di loro si presentavano come musulmani, tre come cristiani e uno si definiva laico.

La collaborazione offerta comprendeva interviste dettagliate, accesso a centri clinici e ospedali, contatto con pazienti e personale medico. Più precisamente, all'interno del gruppo di mediatori culturali contattati, cinque decisero di partecipare allo studio rilasciando una o più interviste. In un caso, all'autore fu permesso di osservare l'interazione tra questa figura professionale, i pazienti ed i membri dell'organico medico-sanitario: fu infatti possibile seguire il mediatore culturale sia presso strutture di pronto soccorso, sia in cliniche mediche specializzate. Le dichiarazioni rese da questi informatori sono discusse e analizzate nei capitoli III, IV e V.

6.3. Pazienti sottopostisi a trattamenti di fertilità

I pazienti sottopostisi a trattamenti di fertilità presso le strutture registrate dall'ISS con sede a

---

[108]. Il numero dei prestatori di assistenza sanitaria intervistati varia da uno a otto medici per ciascun centro.

[109]. Per ulteriori dettagli in merito a questa figura professionale e il ruolo che ricopre nella mediazione tra le parti, si vedano *inter alia* C. Baraldi, V. Barbieri e G. Giarelli, *Immigrazione, mediazione culturale e salute*, Milano, Franco Angeli 2008; M. Castiglioni, *La mediazione linguistico-culturale. Principi, strategie, esperienze*, Milano, Franco Angeli 1997; I.E.T de Souza, *Intercultural Mediation in Healthcare: From the Professional Medical Interpreters' Perspective*, Bloomington, Xilibris, 2016; M. Fiorucci, *La mediazione culturale: strategie per l'incontro*, Roma, Armando Editore, 2007; L. Gavioli, *La mediazione linguistico culturale: una prospettiva interazionista*, Perugia, Guerra, 2009; V. Olivieri, *Il mediatore culturale linguistico: ponte tra le culture*, Verona, Cortina, 2011. Per una prospettiva comparativa, si vedano le seguenti raccolte di saggi: M. Russo e G. Mack (a cura di), *Interpretazione di trattativa: la mediazione linguistico-culturale nel contesto formativo e professionale*, Milano, Hoepli, 2005; H. Tonkin e F.M. Esposito (a cura di), *The Translator as Mediator of Cultures*, Amsterdam, John Benjamins Publishing Company, 2010; R. Mette e C. Spinzi (a cura di), *Mediazione linguistica e interpretariato: Regolamentazione, problematiche presenti e prospettive future in ambito giuridico*, Bologna, CLUEB 2013.

[110]. Tramite corrispondenza elettronica e/o telefonica, grazie anche all'aiuto di colleghi di LDF e informatori coinvolti nella ricerca.

Torino furono altresì invitati a contribuire al presente studio[111]. Due sono i gruppi di pazienti identificabili: coloro i quali si sottoponevano a trattamenti di fertilità in centri medici privati e coloro che optavano per centri medici pubblici. Per quanto attiene ai primi, tre pazienti (due donne e un uomo, di età compresa tra i 30 e i 50 anni) furono contattati tramite medici operanti in cliniche private; parteciparono in diversa misura, rilasciando interviste e consentendo l'accesso parziale alle proprie cartelle mediche.

In merito ai pazienti di centri medici pubblici che offrono RMA, una delle strutture partecipanti offrì all'autore l'opportunità di incontrare e intervistare sia il personale sia i pazienti. Furono condotte interviste semistrutturate e vennero organizzati gruppi di discussione in una stanza messa a disposizione dell'autore all'interno della sede della clinica[112]. Ventisette pazienti – tredici donne e otto uomini – furono intervistati e/o presero parte a gruppi di discussione. In base alla disponibilità e alla volontà dei pazienti, fu talvolta possibile intervistare i genitori intenzionali in coppia. Tra i paesi di origine dei partecipanti possono essere annoverati il Marocco, l'Egitto, la Tunisia, il Bangladesh e il Pakistan.

Le interviste furono condotte in italiano, quando possibile, per appurare la comprensione della lingua italiana da parte dei pazienti (nello specifico, dei musulmani stranieri)[113]. Qualora i soggetti avessero difficoltà nel comunicare in lingua italiana, veniva loro garantita la possibilità di rispondere in arabo; qualora anche questo non fosse possibile, le interviste erano condotte in lingua araba e/o inglese, assecondando le richieste e le esigenze dei pazienti.

La collaborazione offerta dai pazienti includeva, in vario modo, interviste, partecipazione a gruppi di discussione, osservazione dell'interazione dei pazienti con il personale medico-sanitario all'interno del centro, accesso ai documenti forniti dalla clinica, accesso parziale alle cartelle mediche. Benché quest'ultimo non fosse necessario, alcuni pazienti insistevano perché l'autore agisse in veste di traduttore/interprete/mediatore culturale, in modo da verificare la loro corretta comprensione della terapia medica, per avere delucidazioni in merito ai trattamenti clinici cui si stavano sottoponendo e per ricevere consulenza legale. Quando l'autore informava loro di non essere autorizzata a esaudire tali richieste, i pazienti stranieri spesso chiedevano chiarimenti in merito a corsi di lingua italiana e/o servizi di traduzione forniti dall'ospedale.

Va sottolineato che i pazienti musulmani erano «onorati» (per utilizzare l'espressione impiegata da alcuni di loro) di ricevere quello che veniva recepito come una sorta di «trattamento speciale», pertanto il tasso di partecipazione allo studio fu molto alto. Il rifiuto dei pazienti a prendere parte alla ricerca era dovuto unicamente al poco tempo che potevano trascorrere presso la clinica o l'ospedale in seguito alla visita medica, a causa di impegni precedenti concernenti principalmente questioni logistiche e/o legate agli orari delle scuole d'infanzia.

---

[111]. Per ulteriori dettagli sulla terminologia impiegata, si veda *infra*, capitolo II, paragrafo 3.

[112]. La procedura adottata è la seguente: il personale di una delle cliniche di PMA partecipanti presentava l'autore del volume ai propri pazienti musulmani. Dopo avere fornito loro tutti i dettagli rilevanti riguardo allo studio e al ricercatore, in caso di consenso da parte dei pazienti, venivano condotte una o più interviste e/o veniva organizzato un gruppo di discussione.

[113]. Riguardo alle barriere linguistiche e alle difficoltà di comunicazione dei pazienti musulmani stranieri, si veda *infra*, capitolo IV, sottosezioni del paragrafo 2 e 4-4.1.3.

6.4. Figure religiose e associazioni islamiche

Per quanto concerne le associazioni islamiche, i giusperiti e gli esperti musulmani, furono contattate e invitate a partecipare allo studio due tipologie di informatori: associazioni islamiche nazionali, moschee e centri di culto locali.

In primo luogo, vennero invitati a partecipare a questa indagine tutti i centri di culto islamici e le moschee presenti a Torino[114]. Furono pertanto contattate diciotto figure religiose islamiche e/o membri del consiglio dei direttori dei centri islamici. Otto persone – sette uomini e una donna – accettarono di essere intervistate almeno una volta, ai fini di questo studio. La partecipazione dei centri di culto islamici locali e/o delle associazioni islamiche includeva, in misura diversa, fornitura di dati, possibilità di condurre osservazioni etnografiche, gruppi di discussione e interviste, così come l'offerta di potenziali future collaborazioni con le strutture sanitarie che offrono trattamenti di fertilità.

Occorre sottolineare che, nella fase di indagine empirica, emersero alcune difficoltà concernenti in particolare questo gruppo di interlocutori. Da un lato, non tutti gli *a'immah* e *shuyūkh* residenti nell'area parlavano correntemente la lingua italiana[115]. La descrizione del progetto e i quesiti della ricerca furono pertanto forniti in arabo moderno, quando richiesto. Alcune interviste vennero condotte in lingua araba o in dialetti locali (in questo caso, grazie all'affiancamento di un membro della moschea appositamente scelto dalla figura religiosa). Dall'altro lato, i direttori dei centri di culto e/o i responsabili delle attività della moschea raramente erano disposti ad affrontare gli argomenti trattati in questa indagine[116]. Per quanto parlassero correntemente italiano e conoscessero bene il funzionamento dell'amministrazione locale, questi informatori spesso esprimevano il loro disagio nel trattare questioni relative a diritti e doveri di genitori e figli secondo l'*islām*, rimedi conformi alla *sharīʿah* in caso di infertilità del componente musulmano di una coppia, e tecniche di TRA/PMA consentite dal diritto islamico.

Nonostante gli ostacoli appena descritti, i centri di culto islamici contribuirono in termini di accesso a locali e edifici religiosi, invito a eventi culturali/religiosi all'interno del centro e organizzazione di incontri presso lo stesso. Sulla scorta dei primi dati emersi da questo studio, una moschea locale dichiarò che il consiglio dei direttori avrebbe dovuto discutere la possibilità di offrire un servizio di traduzione gratuita per donne musulmane negli ospedali[117].

Oltre alle moschee e ai centri di culto locali, furono contattate e invitate a partecipare al presente studio anche tre associazioni islamiche nazionali particolarmente attive a Torino e in Piemonte. Si tratta delle seguenti organizzazioni:

- Confederazione Islamica Italiana (CII), la quale si definisce un'organizzazione che riunisce centri islamici indipendenti;
- Comunità Religiosa Islamica Italiana (CoReIs), che si definisce la prima comunità autoctona di musulmani italiani e include prevalentemente convertiti;
- Unione delle Comunità Islamiche d'Italia (UCOII), che si definisce l'associazione delle

[114]. Tramite corrispondenza elettronica e/o telefonate e/o incontri resi possibili dagli informatori della ricerca. Nel caso in cui la figura religiosa (*imām*, *shaykh*, o responsabile del centro) non padroneggiasse la lingua italiana, l'autore ha provevdeva una descrizione del progetto in lingua araba.

[115]. La parola *a'immah* è la forma plurale del termine *imām*, che identifica la persona che guida la preghiera, posizionandosi di fronte agli altri credenti. La parola *shuyūkh* è il plurale del termine arabo *shaykh*, che viene impiegato per identificare uno studioso islamico. In altri casi, viene usata la parola *'ulamā'* : si tratta del plurale di *ʿālim*, che designa una persona erudita oppure uno studioso.

[116]. Come sottolineato *infra*, nel capitolo III.

[117]. Per ulteriori dettagli, si veda *infra*, capitoli IV, paragrafo 4.1.2 e VI, paragrafo 5.

associazioni.

I presidenti di due associazioni furono intervistati al termine del mese del *ramadhān,* nel 2017[118]; il segretario di un'altra associazione richiese due descrizioni particolareggiate del progetto e una lista dettagliata delle domande di ricerca; tuttavia, al momento della redazione di questo lavoro, le sue risposte non erano ancora pervenute e non vennero infine inviate né all'autore né a LDF.

Il fatto che le associazioni islamiche summenzionate abbiano manifestato la volontà di esprimere le proprie idee attraverso le interviste rilasciate e abbiano chiesto una copia del presente rapporto indica che mancano ancora dati concernenti le comunità musulmane italiane. L'*islām* italiano è infatti un fenomeno ancora poco indagato; sia le associazioni religiose, sia gli organismi statuali hanno difficoltà nel venire incontro alle esigenze manifestate dai genitori intenzionali musulmani.

È inoltre bene sottolineare che la scelta di questi soggetti d'indagine è giustificata dal proposito di analizzare il fenomeno studiato da molteplici angolazioni, al fine di svelare le norme sciaraitiche, così come interpretate e vissute nel quotidiano dai musulmani a Torino. Nello specifico, le dichiarazioni rese da questi osservatori privilegiati degli aspiranti genitori musulmani sono discusse nei capitoli III, IV e V.

7. Il piano dello studio

Nel presente volume, l'analisi delle nuove forme di genitorialità e filiazione tra i genitori intenzionali musulmani è articolata in sei capitoli[119]. Nel primo capitolo, si inquadrano le questioni centrali, descrivendo contesto, scopo e motivazione dello studio. Particolare attenzione è stata riservata ad illustrare la terminologia specifica e le metodologie di ricerca adottate, nonché ai dati rilevati sul campo e ai soggetti d'indagine intervistati.

Il secondo e il terzo capitolo entrano nel merito dei quadri di riferimento delle due realtà prese in esame: quella italiana e quella musulmana. Il secondo capitolo si concentra quindi sull'evoluzione della legislazione italiana, sulla giurisprudenza e sulle prassi concernenti i trattamenti di fertilità consentiti a livello nazionale, descrivendo, altresì, le specificità dei centri di PMA a Torino. Il terzo capitolo esamina le fonti rilevanti del diritto islamico e i costumi musulmani in riferimento ai rimedi sciaraitici in caso di assenza involontaria di prole, prestando particolare attenzione alle problematiche sollevate dai giurisperiti islamici e dalle figure religiose locali.

Il quarto e quinto capitolo esplorano più approfonditamente le comunità musulmane locali. Questa parte del volume si concentra sulla percezione dei pazienti musulmani da parte dei prestatori di assistenza sanitaria con l'intento di identificare le specificità di questi pazienti, andando oltre a pregiudizi e stereotipi. Mentre il quarto capitolo indaga gli aspetti (potenzialmente) problematici affrontati dai genitori intenzionali musulmani che si sottopongono a trattamenti di fertilità, nel

[118]. Il nono mese del calendario islamico, durante il quale i musulmani commemorano la prima rivelazione del *al-Qur'ān,* digiunando dall'alba al tramonto. Nel 2016, è durato dal 7 giugno al 6 luglio, mentre nel 2017, dal 27 maggio al 25 giugno.

[119] Nel presente volume, i termini «genitorialità» e «filiazione» identificano rispettivamente lo stato dell'essere genitore (ossia madre o padre) o figlio (ossia figlia o figlio). I vocaboli scelti denotano pertanto la condizione di essere considerati quali genitori o figli di qualcuno, sulla base di istanze biologiche, giuridiche, religiose o consuetudinarie, talvolta prescindendo da un effettivo legame di genitorialità o filiazione.

quinto capitolo vengono esaminati l'accesso, l'utilizzo e l'esito delle procedure di fertilità omologhe ed eterologhe relativamente agli aspiranti madri e padri musulmani si sono sottoposti localmente.

Nell'ultimo capitolo, i risultati della ricerca vengono quindi riorganizzati trasversalmente al fine di contestualizzare le peculiarità delle nuove forme di filiazione e genitorialità (conformi all'*islām*) messe in luce dal presente lavoro. Offendo nuove prospettive d'analisi concernenti i (potenziali) genitori musulmani residenti in Italia, lo studio avanza altresì suggerimenti atti a rendere più proficue le interazioni tra cliniche della fertilità locali e pazienti musulmani.

Capitolo secondo

La procreazione medicalmente assistita in Italia

1. Sistema giuridico italiano e trattamenti di fertilità consentiti

In Italia, le pratiche di riproduzione medicalmente assistita vennero regolamentate nel 2004, all'entrata in vigore della legge n° 40[1]. Il presente capitolo delinea il contesto giuridico e operativo della normativa italiana riguardante la procreazione medicalmente assistita (PMA) e illustra brevemente come le misure di legge iniziali siano state gradualmente plasmate in risposta ai cambiamenti sociali, alle richieste degli aspiranti genitori e all'interesse superiore del minore.

La legge 40/2004 è il risultato di un processo descritto come lungo e travagliato, durato ben diciannove anni[2]. La legge dal titolo «Norme sulla procreazione medicalmente assistita» fu immediatamente soggetta a diverse critiche: ne venivano contestate le posizioni considerate eccessivamente conservatrici, che potevano portare al turismo procreativo oppure a pratiche illecite[3]. In precedenza, non esisteva alcuna regolamentazione specifica[4], perciò l'Italia era ben nota per una «totale libertà normativa» e per un «artificioso liberalismo riproduttivo», inclusi la

---

[1]. Legge n° 40, 19 febbraio 2004, in «Gazzetta Ufficiale», 45, 24 febbraio 2004.

[2]. Il presente capitolo offre un breve riepilogo delle principali fonti e disposizioni. Per studi approfonditi, si faccia riferimento *inter alia* ai volumi di M. Dossetti, M. Lupo e M. Moretti (a cura di), *Cinque anni di applicazione della legge sulla procreazione assistita: problemi e responsabilità*, Milano, Giuffré, 2009; P. Stanzione e G. Sciancalepore (a cura di), *Procreazione assistita. Commento alla legge 19 febbraio 2004, n° 40*, Milano, Giuffré, 2004.

[3]. Si vedano *inter alia* G. Benagiano, *Una legge che impone la malpractice? Osservazioni di un ginecologo sulla proposta di legge*, in «Bioetica», 10, 2002, pp. 561-563; A. Boggio, *Italy enacts new law on medically assisted reproduction*, in «Human Reproduction», 20, 5, 2005, pp. 1153–1157; F. Buzzi e G. Tassi, *La procreazione medicalmente assistita: normativa, giurisprudenza e aspetti medico legali*, Milano, Giuffrè, 2011; A. Conti e P. Delbon, *Medically-Assisted Procreation in Italy*, in «Medicine and Law», 24, 1, 2005, pp.163-172; E. DiMarco, *The Tides of Vatican Influence in Italian Reproductive Matters: From Abortion to Assisted Reproduction*, in «Rutgers Journal of Law and Religion», 10, 2, 2009, pp. 1-30; V. Fineschi, M. Neri e E. Turillazzi, *Law, ethics, and medicine. The new Italian law on assisted reproduction technology (Law 40/2004)*, in «Journal of Medical Ethics», 31, 9, 2005, pp. 536-539; G.B. La Sala *et al*., *Pregnancy loss and assisted reproduction: Preliminary results after the law 40/2004 in Italy*, in «Reproductive BioMedicine», 13, 1, 2006, pp. 65-70. Si veda inoltre *supra*, nel capitolo I, paragrafo 1.

[4]. Le uniche fonti di riferimento erano le norme amministrative emesse dal Ministero della Salute e il codice di deontologia medica dei professionisti. M.D. Panforti, *Waiting for the Law: Assisted Reproduction in Italy*, in A. Bainham (a cura di), *International Survey of Family Law*, Hague, Boston, London, International Society of Family Law, 1997, pp. 183-192. Il dibattito è ulteriormente trattato in Comitato Nazionale per la Bioetica (a cura di), *La fecondazione assistita. Documenti del Comitato Nazionale per la Bioetica*, Roma, Istituto Poligrafico e Zecca dello Stato, 1995, pp. 73-86. Tra i primi commenti accademici, si vedano A. Trabucchi, *Inseminazione artificiale. Diritto civile*, in «Novissimo Digesto Italiano», 1962, pp. 732ss.; Id., *La procreazione e il concetto giuridico di paternità e maternità*, in «Rivista di Diritto Civile», I, 1982, pp 597ss.; F. Santosuosso, *La fecondazione artificiale umana*, Milano, Giuffré, 1984; L. Lenti, *La procreazione artificiale. Genoma della persona e attribuzione della paternità*, Padova, Cedam, 1993; M. Dogliotti, *Inseminazione eterologa e azione di disconoscimento: una sentenza da dimenticare*, in «Famiglia e Diritto», 1994, pp. 182ss. Si veda anche G. Ferrando (a cura di), *Atti del convegno tenuto a Genova nel 1987*, Padova, Cedam, 1991.

donazione di gameti, la maternità surrogata e il concepimento postumo di bambini[5]. Vennero quindi sollevate implicazioni costituzionali[6] e il vuoto legislativo venne infine colmato.

Con la legge 40/2004 si pose dunque immediatamente fine ad alcune pratiche di RMA diffuse sul territorio italiano[7]. Di fatto, la legge del 2004 comprende diverse restrizioni e divieti; nella sua formulazione originale[8], le limitazioni a TRA/PMA riguardano:

- forme eterologhe di PMA, incluse donazione di gameti femminili e/o maschili (ovuli e spermatozoi), donazione di embrioni (art. 4, comma 3; art. 9, comma 3) e maternità surrogata (art. 9, commi 2-3);
- crioconservazione e soppressione di embrioni (art. 14)[9];
- sperimentazione (e ricerca) su embrioni umani (art. 13);
- diagnosi genetica preimpianto (art. 13, comma 3);
- inseminazione *post mortem* (art. 5);
- disconoscimento della paternità (art. 9, comma 1)[10];
- anonimato della madre (art. 9, comma 2)[11].

Inoltre, possono essere considerati aspiranti genitori legalmente autorizzati a ricorrere alla PMA solo i maggiorenni di sesso diverso, uniti in una relazione stabile, coniugati o conviventi. Sul territorio italiano non possono pertanto beneficiare di trattamenti di RMA né le donne nubili, né le coppie omosessuali. La legge prevede peraltro un limite di età: le procedure di PMA possono essere intraprese solo da maggiorenni in età potenzialmente fertile (art. 5) e la sterilità/infertilità dei potenziali genitori deve essere medicalmente certificata (art. 4, comma 1).

Secondo il punto di vista del legislatore italiano[12], tali restrizioni trovano giustificazione nel principale proposito della legge di garantire i diritti di tutti i soggetti coinvolti, incluso il concepito[13]. Più espressamente, il nascituro è considerato quale figlio legittimo o figlio riconosciuto della coppia che abbia manifestato la propria volontà di intraprendere una procedura di PMA, come

---

5. Come discusso in M.R. Bundren, *Influence of Catholicism, Islam and Judaism on the Assisted Reproductive Technologies (ART) Bioethical and Legal Debate: A Comparative Survey of ART in Italy, Egypt and Israel*, «University of Detroit Mercy Law Review», 84, 5, 2007, pp. 715-746, a p. 730. Per una definizione di concepimento postumo e giurisprudenze pertinenti, si veda C. Grothaus-Day, *From Pipette to Cradle, from Immortality to Extinction*, in «Rutgers Journal of Law and Religion», 7, 2, 2005, pp. 1-44, commi 13-17, 22-34.

6. Si veda ad esempio Corte Costituzionale n° 347, 22 - 26 settembre 1998, in «Giurisprudenza Italiana», 1999, 461ss.

7. In effetti, la giurisprudenza concernente inseminazione postuma, disconoscimento della paternità e maternità surrogata era in aumento in Italia. Tali casi sono trattati in un altro volume della serie di LDF; si veda A. Margaria, *Nuove forme di genitorilià e filiazione. Leggi e giudici di fronte alle nuove realtà*, Bologna, Il Mulino, 2018.

8. Si veda *infra*, paragrafo 4.

9. Si veda anche Legge 22 maggio 1978 n°194, in «Gazzetta Ufficiale», 140, 22 maggio 1978.

10. Si vedano anche gli ariticoli 235 (comma 1, punti 1 e 2) e 263 del Codice Civile Italiano (CCI), Regio Decreto 16 marzo 1942, n° 262, in «Gazzetta Ufficiale», n° 79. La traduzione in lingua inglese del CCI si trova in Beltramo *et al.*, *The Italian civil code*, Dobbs Ferry, NY, Oceana, 1969-2017.

11. Articolo 30 (comma 1), Decreto del Presidente della Repubblica 3 novembre 2000, n° 396, in «Gazzetta Ufficiale», n° 303, 30 dicembre 2000.

12. Per alcuni studiosi, tuttavia, il legislatore italiano mette, ideologicamente, i diritti degli embrioni al di sopra di quelli di tutti gli altri soggetti coinvolti nei trattamenti di RMA. Si veda *inter alia* D'Amico, *La fecondazione artificiale fra legislatore e giudici*, in L. Lombardi e S. De Zordo (a cura di), *La procreazione medicalmente assistita e le sue sfide. Generi, tecnologie e disuguaglianze*, Milano, Franco Angeli, 2013, pp. 91-104.

13. Articolo 1, comma 1. La legge italiana usa il termine «concepito» (in analogia con l'art. 1 del Codice civile italiano), che corrisponde, letteralmente, al vocabolo latino *conceptus*, utilizzato nella lingua inglese. In Italia non esiste, tuttavia, una definizione del termine *conceptus*. Secondo l'Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico (Organisation for Economic Co-operation and Development), si tratta de «l'insieme di derivati di un ovulo fecondato a qualsiasi stadio di sviluppo, dalla fecondazione fino alla nascita, comprendente le membrane extra-embrionali, nonché l'embrione o il feto». Un confronto con la dimensione antropologica e un dibattito sulla percezione sociale delle varie forme di «nascituri» si trovano *inter alia* in D. Lupton, *The Social Worlds of the Unborn*, Basingstoke, Palgrave, 2013.

previsto dalla legge (art. 8).

L'anonimato della madre non può pertanto essere garantito a seguito di tecniche di RMA (art. 9, comma 2). Analogamente, l'uomo non può esercitare il disconoscimento della paternità nel caso in cui la coppia abbia fatto ricorso (in violazione della legge) a procedure di PMA eterologhe (art. 9, comma 1). L'ultimo paragrafo dell'articolo 9 della legge 40/2004 corrobora ulteriormente il legame giuridico del figlio concepito tramite PMA unicamente con i genitori sociali. Afferma infatti che, anche nel caso in cui la coppia si sia sottoposta a procedure di RMA eterologhe non consentite, i donatori di gameti non acquisiscono alcun diritto né alcun dovere nei confronti del nato, non avendo alcuna relazione giuridica di parentela con il bambino (nonostante ne siano, di fatto, i genitori biologici). Rapporti di parentela sciaraitici (ossia originati da legami di sangue o di latte, oppure fondati su matrimoni temporanei o poliginici) che possono essere creati *ad hoc* al fine di consentire alla coppia di sottoporsi a trattamenti di fertilità eterologhi non sono pertanto riconosciuti dalla legge italiana[14].

Prendendo in esame il panorama legislativo, si è rilevato anche che lo status giuridico della prole nata a seguito di procedure di PMA e di quella «concepita naturalmente» da genitori non sposati differisce, secondo il sistema giuridico italiano. Mentre un figlio nato a seguito di trattamenti di RMA acquisisce immediatamente lo status di figlio legittimo oppure di figlio naturale riconosciuto, i figli di conviventi non sposati non vengono riconosciuti automaticamente[15]. In tal modo, possono sorgere complicazioni per le coppie musulmane che abbiano contratto esclusivamente un matrimonio religioso; secondo alcuni dei giurisperiti islamici intervistati, è infatti sufficiente che i musulmani, i quali intendano ricorrere a tecniche riproduttive conformi alla *sharīʿah*, siano uniti in matrimonio religioso[16]. Un altro scenario potenzialmente problematico è quello di un aspirante padre che si sottoponga a trattamenti di fertilità e, violando la legge, consegni lo sperma di un altro uomo al biologo o allo specialista di fertilizzazione in vitro incaricato di procedere all'operazione di fecondazione – come riferito da alcuni dei medici intervistati[17]. Secondo talune interpretazioni islamiche, alcuni fratelli o sorelle possono infatti fungere da donatori di gameti per i genitori intenzionali musulmani che si sottopongano a procedure di PMA[18].

2. Prestatori di assistenza sanitaria che offrono servizi di PMA

La legge 40/2004 si propone di «agevolare la soluzione dei problemi riproduttivi derivanti dalla sterilità o dalla infertilità umana»[19] e realizza tale intento consentendo il ricorso alla procreazione medicalmente assistita nei casi in cui sia rispettata una lista di requisiti specifici. Innanzitutto, il ricorso alla RMA è permesso unicamente ai componenti infertili e/o sterili delle coppie; più precisamente, gli aspiranti genitori possono ricorrere a trattamenti di fertilità alle

[14]. Su tali questioni, si veda *infra*, capitolo III, paragrafi 4.2, 4.3 e 6.

[15]. Si veda C. Cicero, *The Italian Reform of the Law on Filiation and Constitutional Legality*, in «Italian Law Journal», 2, 2, 2016, pp. 237-252; G. Ferrando, *La nuova legge sulla filiazione. Profili sostanziali*, in «Corriere giuridico», IV, 2013, pp. 525-535; and Id., *La fecondazione assistita nel dialogo fra le corti*, in «Nuova Giurisprudenza Civile Commentata», I, 2016, pp. 165-170.

[16]. Si veda *infra*, capitolo III, paragrafo 7.1.

[17]. Ulteriori dettagli su questo aspetto si trovano *infra*, capitolo IV, paragrafi 4.2.2 e 4.2.3.

[18]. Il caso menzionato è affrontato *infra*, nel capitolo III, paragrafo 6.2.

[19]. L'Italian National Registry of Assisted Reproductive Technology (INRART) fornisce una traduzione non ufficiale (e a tratti parzialmente inesatta) in lingua inglese della legge 40/2004, sul sito web dell'ISS. (Si veda http://www.iss.it/binary/rpma/cont/legge_40_en.pdf, 12 maggio 2016).

seguenti condizioni:

- «qualora non vi siano altri metodi terapeutici efficaci per rimuovere le cause di sterilità o infertilità» (art. 1, comma 2);
- «solo quando sia accertata l'impossibilità di rimuovere altrimenti le cause impeditive della procreazione» (art. 4, comma 1);
- «ed è comunque circoscritto ai casi di sterilità o di infertilità inspiegate documentate da atto medico nonché ai casi di sterilità o di infertilità da causa accertata e certificata da atto medico» (art. 4, comma 1).

Le tre situazioni sopraelencate costituiscono gli unici casi in cui le cliniche della fertilità italiane sono autorizzate a offrire a coppie stabili, sposate oppure conviventi, trattamenti di PMA. Oltretutto, la legge dettaglia le informazioni che i medici sono tenuti a fornire ai propri pazienti (artt. 6-7), nonché l'iter che le strutture mediche devono affrontare per essere riconosciute quali centri di PMA accertati e autorizzati (artt. 10-11). In riferimento alle cliniche della fertilità, la legge stabilisce che sia le strutture private sia quelle pubbliche possano offrire procedure di PMA, a condizione che soddisfino determinati requisiti, come verrà chiarito oltre, al paragrafo 3.

Per quanto concerne il personale medico-sanitario, al fine di poter offrire legalmente servizi di TRA/RMA, devono essere rispettati due principi fondamentali, ossia quello della gradualità e quello del consenso informato dei pazienti. In linea con il primo principio, i medici devono evitare il ricorso a interventi invasivi che siano tecnicamente e psicologicamente molto gravosi per i pazienti. Altrimenti detto, i medici devono sottostare al principio della minore invasività (art. 4, comma 2, lettera A). Tutti i centri di PMA autorizzati devono altresì seguire le «linee guida contenenti l'indicazione delle procedure e delle tecniche di procreazione medicalmente assistita» periodicamente aggiornate, emanate dal Ministero della Salute attraverso l'Istituto Superiore di Sanità (art. 7)[20].

I medici che eseguono trattamenti di RMA sono inoltre tenuti a fornire informazioni approfondite concernenti il trattamento o i trattamenti di fertilità offerti e, più precisamente, tali dettagli devono riferirsi a metodi, problemi bioetici, possibili effetti collaterali sanitari e psicologici, probabilità di successo del/i trattamento/i, rischi derivanti dalle tecniche di PMA e grado di invasività delle procedure di RMA nei confronti della donna e dell'uomo (art. 6, comma 1). I medici devono altresì informare la coppia in merito al numero di embrioni che saranno trasferiti nell'utero (artt. 13-14). Nel caso di strutture private[21], devono essere prospettati e indicati con chiarezza i costi economici dell'intera procedura di PMA (art. 6, comma 2).

La legge obbliga peraltro il personale medico-sanitario a spiegare alla coppia che può ricorrere all'adozione o all'affidamento (art. 6, comma 1)[22] quali possibilità genitoriali alternative alla procreazione medicalmente assistita[23]. Devono essere ugualmente esplicitate le conseguenze giuridiche concernenti tutte le parti interessate (la donna, l'uomo e il nascituro), con riferimento specifico allo status giuridico del concepito, al disconoscimento di paternità e all'anonimato della madre (art. 6, commi 5, 8-9).

---

[20]. Si vedano *inter alia* Decreto del Ministero della Salute 21 luglio 2004, in «Gazzetta Ufficiale», 191, 16 agosto 2004; Decreto del Ministero della Salute 11 aprile 2008, in «Gazzetta Ufficiale», 101, 30 aprile 2008; Decreto del Ministero della Salute 1° luglio 2015, in «Gazzetta Ufficiale», 161, 14 luglio 2015.

[21]. Si veda *infra*, paragrafo 3.

[22]. Legge 4 maggio 1983 n° 184, in «Gazzetta Ufficiale», 133 SO, 17 maggio 1983, e successive modifiche.

[23]. Anche i consultori familiari devono fornire informazioni sulle tecniche procreative, nonché sulle procedure di adozione e affidamento. Si veda Legge 29 luglio 1975 n° 405 («Gazzetta Ufficiale», 227, 27 agosto 1975), come da modifiche apportate all'art. 3 Legge 40/2004.

Ricevute le informazioni sopradescritte da parte dello specialista di fecondazione in vitro, i pazienti devono manifestare la propria volontà di sottoporsi alle procedure di RMA. Le parti devono acconsentire in modo congiunto, per iscritto, davanti al direttore della clinica della fertilità almeno sette giorni prima dell'inizio del/i trattamento/i. Il consenso informato del paziente può essere revocato da ciascuno dei due fino al momento della fecondazione degli ovuli (art. 6, comma 3)[24]; una volta che gli embrioni siano stati prodotti, questi devono essere invece impiantati.

Secondo la legge italiana, il trattamento di fertilità può essere interrotto dai pazienti e/o dai medici. Nello specifico, questi ultimi hanno la facoltà di decidere di «non procedere» con il/i trattamento/i di RMA qualora il responsabile della struttura ravvisi motivazioni di ordine medico-sanitario e fornisca alla coppia una motivazione scritta in merito alla decisione di revoca (art. 6, comma 4). Occorre inoltre sottolineare che l'organico medico e gli operatori ausiliari non sono tenuti a prendere parte all'applicazione delle procedure di PMA in caso di obiezione di coscienza preventivamente comunicata all'ospedale o alla clinica (art. 16)[25].

Alla luce di quanto detto, è quindi evidente che i medici che esercitano la professione in centri di PMA accertati e registrati giochino un ruolo chiave nell'effettiva interpretazione delle norme giuridiche e pertanto nel delineare, di fatto, i confini entro cui i trattamenti di fertilità (non) siano consentiti. Studi accademici hanno messo in evidenza tre aspetti principali, ossia la responsabilità degli specialisti di fecondazione in vitro nell'accertarsi che i soggetti possiedano i requisiti di legge (sopraelencati) per sottoporsi al trattamento di PMA, nell'offrire consulenza alla coppia circa le possibili anomalie negli embrioni da impiantare e nel colmare discrezionalmente i vuoti legislativi[26].

Nel quadro descritto, è opportuno sottolineare un ulteriore aspetto concernente i potenziali genitori musulmani che si sottopongono a procedure di fertilità. Sebbene i prestatori di assistenza sanitaria siano tenuti a fornire ai pazienti informazioni dettagliate e approfondite, in modo che possano esprimere il proprio consenso informato prima di intraprendere un trattamento di fertilità, barriere religiose, culturali e linguistiche possono effettivamente impedire una comunicazione proficua e la reciproca comprensione tra pazienti musulmani e personale medico-sanitario[27].

3. Registro dei centri per la fertilità accertati e autorizzati

Secondo quanto sopra illustrato, la legge 40/2004 dettaglia la procedura che le cliniche pubbliche e private devono intraprendere per essere riconosciute quali strutture autorizzate all'applicazione di tecniche di procreazione medicalmente assistita.

In conformità con l'articolo 11 (commi 1-2), a partire dal 2005 tutti i centri italiani che offrono TRA e IUI devono essere obbligatoriamente accertati e registrati nel Registro Nazionale

[24]. Si veda anche Decreto del Ministero della Giustizia n° 265, 28 dicembre 2016, in «Gazzetta Ufficiale», 40, 17 dicembre 2017.

[25]. Una definizione di obiezione di coscienza nell'ambito delle pratiche mediche si può trovare *inter alia* in J. Pawlikowski, *Conscientious Objection of Health Care Workers in the Context of Genetic Testing*, in M. Soniewicka (a cura di), *The Ethics of Reproductive Genetics: Between Utility, Principles, and Virtue*, Dordrecht, Springer, 2018, pp. 103-116.

[26]. Si veda *inter alia* Boggio, *Italy enacts new law on medically assisted reproduction*, cit.

[27]. Si aggiunga che alcuni argomenti, quali l'adozione, possono essere molto controversi per i musulmani. Tali questioni vengono analizzate nei capitoli III, IV e V.

della Procreazione Medicalmente Assistita (RNPMA)[28]. Tale registro è parte del Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute (CNESPS) dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS), il principale istituto di ricerca italiano nel settore biomedico e della salute pubblica, che costituisce il nucleo tecnico e scientifico del servizio sanitario nazionale (SSN). La sezione tecnica e scientifica dell'ISS comprende sei dipartimenti, sedici centri nazionali, due centri di consultazione e cinque servizi tecnico-scientifici[29].

I dati in merito a efficacia, sicurezza ed esiti delle tecniche riproduttive vengono raccolti due volte l'anno dalle cliniche accertate e registrate presso l'ISS (art. 11, comma 5)[30]. In ottemperanza alla legge nazionale di tutela della riservatezza[31], ciascun centro medico deve inviare un riepilogo dei dati concernente il numero di cicli eseguiti per ciascuna tecnica di RMA, l'ammontare dei pazienti trattati, la tipologia di infertilità diagnosticata, le eventuali complicazioni sorte nel corso dei trattamenti nonché esiti, gravidanze verificatesi e bambini nati vivi[32]. Tali informazioni vengono quindi esaminate ed elaborate dal registro, in una relazione nazionale completa, a cadenza annuale, che prende in considerazione la totalità dei trattamenti TRA, IUI e delle procedure di RMA eseguite nel paese.

Sebbene sia di competenza dell'ISS - in collaborazione con gli osservatori epidemiologici regionali - raccogliere e diffondere tutte le informazioni necessarie a consentire la trasparenza e la pubblicità in merito alle tecniche di PMA, nonché ai risultati conseguiti (art. 11, comma 3), i dati non sono resi immediatamente disponibili al pubblico. In ottemperanza all'articolo 15 della legge 40/2004, ogni anno, entro la fine del mese di febbraio, l'ISS compila un rapporto sulle attività dei centri di PMA autorizzati da inviare al Ministro della Salute; entro la fine di giugno, il Ministro della Salute deve quindi illustrare al Parlamento la situazione della PMA in Italia. I dati raccolti nel registro nazionale delle tecniche riproduttive vengono inviati anche allo European IVF Monitoring Consortium (EIM)[33] e all'International Committee Monitoring Assisted Reproductive Technologies (ICMART). Una volta espletate tali procedure, il rapporto nazionale annuale concernente l'insieme dei trattamenti viene pubblicato sul sito del Registro Nazionale della Procreazione Medicalmente Assistita[34].

I dati esaminati nel presente lavoro si basano sui rapporti annuali del RNPMA relativi agli

---

[28]. Il registro deve riportare anche i dati concernenti gli embrioni e i nati a seguito dell'applicazione delle tecniche di PMA (art. 11, para 1, Law 40/2004). Si vedano anche Decreto del Ministero della Salute 7 ottobre 2005, in «Gazzetta Ufficiale», 282, 3 dicembre 2005; Decreto del Presidente dell'ISS del 18 dicembre 2006; Parere del Garante per la protezione dei dati personali del 26 luglio 2006.

[29]. Si veda Istituto Superiore di Sanità, *Research for public health*, Roma, Istituto Superiore di Sanità, 2017, pp. 2-3.

[30]. La prima fase riguarda i dati sulle attività condotte e i risultati ottenuti; la seconda fase concerne l'esito delle gravidanze ottenute grazie ai trattamenti di fertilità.

[31]. Si veda Decreto legislativo 30 giugno 2003 n° 196, «Gazzetta Ufficiale», 174, 29 luglio 2003, SO, n° 123.

[32]. Si veda articolo 11 (comma 5), legge 40/2004. I dati raccolti dal Registro Nazionale delle tecniche riproduttive riguardano quindi «i dati identificativi, descrittivi, tecnici, strutturali ed organizzativi, relativi alle strutture pubbliche e private che applicano le tecniche di procreazione medicalmente assistita e i dati anonimi anche aggregati, relativi alle coppie che accedono alle tecniche di PMA, agli embrioni formati ed ai nati a seguito delle medesime tecniche». Si veda IARTR, Italian Assisted Reproductive Technology Register, *Executive Summary. Monitoring the activity and outcomes of Italian ART centers in 2015*, Roma, Istituto Superiore di Sanità, Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, p. 5; IARTR, *Executive Summary. Monitoring the activity and outcomes of Italian ART centers in 2014*, Roma, Istituto Superiore di Sanità, Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, 2016, p. 4. Si veda inoltre IARTR, *Executive Summary. Monitoring the activity and outcomes of Italian ART centers in 2013*, Roma, Istituto Superiore di Sanità, Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, p. 7.

[33]. Il consorzio ha raccolto i dati sulle tecniche di TRA di 36 paesi europei (nel 2013 e nel 2014) e di 39 paesi europei (nel 2015).

[34]. Si veda http://www.iss.it.

anni compresi tra il 2005 e il 2015, sulla pertinente relazione del Ministro della Salute al Parlamento e sulle tre sintesi stilate da IARTR[35]. Inoltre, alcuni dei centri per la fertilità locali che contribuirono al presente studio fornirono gentilmente i dati inviati all'ISS in merito agli anni 2015 e 2016[36].

4. La legge sulla PMA e la giurisprudenza

La pratica della PMA sul territorio italiano è condizionata dai divieti contenuti nella legge 40/2004[37]; alcune limitazioni alle procedure di PMA furono tuttavia gradualmente modificate a partire dal 2009. Nel presente paragrafo sono riportati i divieti legali originariamente stabiliti e l'approccio pragmatico adottato dalla magistratura, che condusse infine al cosiddetto «percorso frastagliato» della legge 40/2004[38].

Nella sua forma originaria, la legge 40/2004 include limiti e divieti concernenti soprattutto le tecniche di PMA eterologhe, nonché la selezione degli embrioni e la crioconservazione. Analogamente a quanto delucidato nel paragrafo precedente, il coinvolgimento di terzi – quali madri surrogate oppure donatori di gameti femminili o maschili ed embrioni – nell'applicazione delle procedure di RMA, è vietato sul territorio nazionale dalla normativa esistente sulla PMA.

In base a quanto prescritto dalla legge 40/2004, inoltre, è consentita unicamente la crioconservazione di gameti maschili e femminili (art. 13, comma 8), mentre, di norma, è vietata quella degli embrioni (artt. 13-14). Più specificamente, sono proibite la crioconservazione e la soppressione degli embrioni, purché non sussista un grave rischio per la salute della madre e la gravidanza venga interrotta entro novanta giorni dalla data del concepimento[39]. In aggiunta, è proibita la riduzione embrionaria anche nel caso di gravidanze plurime (art. 14, comma 4). Al contrario, sono limitati a un massimo di tre gli embrioni che si possono ottenere durante ciascun trattamento di fertilità ed è inoltre necessario procedere all'impianto contemporaneo di tutti e tre gli embrioni nell'utero della donna (art. 14, commi 2-3).

Esiste, ad ogni modo, una clausola che permette la crioconservazione degli embrioni in caso di «imprevedibili e documentati casi di forza maggiore, relativi allo stato di salute della donna»; gli embrioni possono quindi essere crioconservati, a condizione che vengano impiantati nell'utero «appena possibile»[40]. In tal modo, la legge italiana sulla procreazione medicalmente assistita riconosce due tipi di embrioni crioconservati, ossia quelli che devono essere impiantati «appena

---

[35]. Si vedano rispettivamente RNPMA, Registro Nazionale della Procreazione Medicalmente Assistita, *I-XI Report. Attività del Registro Nazionale della Procreazione Medicalmente Assistita*, Roma, Istituto Superiore di Sanità, Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, 2007-2017.; Ministero della Salute, *Relazione del Ministro della Salute al Parlamento sullo stato di attuazione della legge contenente norme in materia di procreazione medicalmente assistita (Legge 19 febbraio 2004 n°40, articolo 15). Attività anno 2004-2015 centri procreazione medicalmente assistita. Utilizzo dei finanziamenti (artt. 2 e 18) anno 2004-2016*, Roma, Ministero della Salute, 2005-2017; IARTR, Italian Assisted Reproductive Technology Register, *Executive Summary. Monitoring the activity and outcomes of Italian ART centers*, cit., 2015-2017.

[36]. In merito a tale aspetto, si veda *supra*, capitoli I e V.

[37]. Si veda *supra*, paragrafi 1-2.

[38]. M.C. Campagnoli, *Procreazione medicalmente assistita e fecondazione eterologa: il percorso frastagliato della legge 40/2004. Fattispecie, disciplina e profili giurisprudenziali*, Vicalvi, Key, 2017.

[39]. Si veda anche Legge 22 maggio 1978 n° 194, in «Gazzetta Ufficiale», 140, 22 maggio 1978.

[40]. Come nota Boggio, quest'ambiguità nel linguaggio, presente anche nelle linee guida emesse dal Ministero della Salute nel 2004, può portare a speculazioni in merito alle circostanze che possono legalmente protrarre la crioconservazione degli embioni. Si veda Boggio, *Italy enacts new law on medically assisted reproduction*, cit.

possibile» e quelli abbandonati, ad esempio gli embrioni (di donatori) crioconservati preesistenti all'introduzione della legge 40/2004 o gli embrioni di donne in post-menopausa[41].

Sono altresì proibite la ricerca scientifica e la sperimentazione sugli embrioni umani, incluso ogni tipo di selezione eugenetica - quale la predeterminazione di alcune caratteristiche o dell'intero patrimonio genetico - e l'alterazione del patrimonio genetico dei gameti e degli embrioni. Analogamente, sono proibiti gli interventi di clonazione e la fecondazione di un gamete umano con un gamete di specie diversa (art. 13). La ricerca sugli embrioni umani è permessa unicamente a fini diagnostici e terapeutici (art. 13, comma 2).

Con il passare del tempo, i limiti alle procedure di PMA sopradescritti – così come stabiliti dalla legge 40/2004 – vennero gradualmente modificati dal sistema giudiziario[42]. La Corte Costituzionale italiana, in particolare, dichiarò alcune misure (in parte) incostituzionali[43]. In alcuni casi, furono ripristinate pratiche mediche antecedenti al 2004; in altri casi, si trovarono modi innovativi per accomodare nuove costellazioni familiari e interesse superiore del minore.

In merito al ruolo giocato dalla giurisprudenza nel campo della RMA, è necessario prendere in considerazione tre anni in particolare: 2009, 2014 e 2015. Nel 2009, la Corte dichiarò illegittimi, sotto il profilo costituzionale, due commi dell'art. 14 concernenti

- la richiesta di «un unico e contemporaneo impianto [di tutti gli embrioni creati], comunque non superiori a tre»;
- e il fatto che la legge non stabilisca che il trasferimento degli embrioni – che secondo tale provvedimento è «da realizzare non appena possibile» – debba essere attuato senza alcun pericolo per la salute della donna.

È pertanto compito dei medici valutare quali possibilità concrete esistano che il feto sia vitale e che la gravidanza vada a buon fine[44]. In base alle specifiche condizioni di salute delle parti, il numero degli ovociti inseminati viene deciso dall'autorità medica competente insieme ai genitori

---

[41]. Si veda Decreto del Ministero della Salute 4 agosto 2004, in «Gazzetta Ufficiale», 200, 26 agosto 2004.

[42]. In realtà, nel giugno del 2005, fu proposto un referendum per l'abrogazione di alcuni divieti contenuti nella legge 40/2004, tuttavia, non fu raggiunto il quorum. Il ritardo e il silenzio con cui parte della giurisprudenza evitava decisioni assai controverse e, di fatto, politicizzate, furono oggetto di critica da parte del mondo accademico. Si vedano *inter alia* M. D'Amico, *La fecondazione artificiale fra legislatore e giudici*, cit.; G. Ricci, N. Cannovo e A. Sirignano, *Medically Assisted Procreation, a Discussion Still Open in Italy*, in «Medicine and Law», 34, 2015, pp. 487-496; C. Tripodina, *Il «diritto» a procreare artificialmente in Italia: una storia emblematica, tra legislatore, giudici e corti*, in «Rivista di BioDiritto», 2, 2014, pp. 67-87; e V. Zagrebelsky, *La irragionevolezza della legge italiana sulla procreazione assistita nel giudizio della Corte europea dei diritti umani*, in «Diritti umani e diritto internazionale», 3, 2012.

[43]. I procedimenti cui si fa riferimento sono i seguenti: Corte Costituzionale n° 151, 1° aprile - 8 maggio 2009, in «Gazzetta Ufficiale», 19 S.S. 13 maggio 2009; Corte Corstituzionale n° 162, 9 aprile - 10 giugno 2014, in «Gazzetta Ufficiale», 26 S.S., 18 giugno 2014; Corte Costituzionale n° 96, 14 maggio - 5 giugno 2015, in «Gazzetta Ufficiale», 23 S.S., 10 giugno 2015; Corte Costituzionale n° 229, 21 ottobre - 11 novembre 2015 in «Gazzetta Ufficiale», 46 S.S., 18 novembre 2015. Per un ulteriore approfondimento, si vedano anche G. Benagiano *et al.*, *Italian Constitutional Court removes the prohibition on gamete donation in Italy*, in «Reproductive Bio-Medicine», 29, 6, 2014, pp. 662-664; Buzzi e Tassi, *La procreazione medicalmente assistita: normativa, giurisprudenza e aspetti medico legali*, cit., alle pp. 185-229; L. Isolani, *La giurisprudenza costituzionale in materia di procreazione medicalmente assistita*, in G. Campanelli, F. Dal Canto, E. Malfatti, S. Panizza, P. Passaglia e A. Pertici (a cura di), *Le garanzie giurisdizionali: il ruolo delle giurisprudenze nell'evoluzione degli ordinamenti*, Torino, Giappichelli, 2010, pp. 15-33; Ricci, Cannovo e Sirignano, *Medically Assisted Procreation, a Discussion Still Open in Italy*, cit.; Tripodina, *Il «diritto» a procreare artificialmente in Italia: una storia emblematica, tra legislatore, giudici e corti*, cit. Per una discussione più ampia circa le giurisprudenze cui si è brevemente accennato, si vedano anche le seguenti raccolte di saggi: Dossetti, Lupo e Moretti (a cura di), *Cinque anni di applicazione della legge sulla procreazione assistita: problemi e responsabilità*, cit.; Stanzione e Sciancalepore (a cura di), *Procreazione assistita. Commento alla legge 19 febbraio 2004, n°40*, cit.; A. Santosuosso *et al.* (a cura di.), *I giudici davanti alla genetica*, Pavia, Collegio Ghislieri, 2002.

[44]. Si veda *inter alia* G. Benagiano e L. Gianaroli, *The Italian Constitutional Court modifies Italian legislation on assisted reproduction technology*, in «Reproductive BioMedicine», 20, 3, pp. 398-402.

intenzionali e gli embrioni creati sono in parte impiantati e in parte crioconservati[45].

In realtà, prima del 2004, la prassi medica già limitava i trattamenti invasivi di stimolazione ormonale femminile. Di conseguenza, tutti gli ovociti prodotti venivano fecondati; tra tutti gli embrioni complessivamente creati, due al massimo venivano impiantati e gli altri congelati in modo da poter essere impiegati ai fini di trattamenti futuri[46]. Dal 2009, le prassi mediche preesistenti furono quindi legalmente ripristinate e si assistette ad una crescita del tasso di successo delle pratiche di procreazione assistita, come riportano alcuni studi[47].

Nel 2014, la Corte Costituzionale italiana dichiarò incostituzionale la disposizione riportata nell'articolo 5, comma 1[48], ossia il divieto della riproduzione medicalmente assistita eterologa nel caso di coppie affette da una patologia causante sterilità o infertilità irreversibile.

È opportuno segnalare che alcuni studi accademici evidenziarono come i sostenitori del divieto di ricorrere all'assistenza procreativa con coinvolgimento di terzi, avallato dalla legge 40/2004, avessero fatto ricorso a giustificazioni di carattere morale simili a quelle in uso nell'Egitto musulmano sunnita[49]. In base a quanto sottolineato da Inhorn, Patrizio e Serour, i motivi per proibire il ricorso a procedure di fertilità con il contributo di donatori erano in realtà fondati su:

- il rischio di future relazioni incestuose tra figli di donatori anonimi;
- il danno all'identità personale che un bambino potrebbe accusare, ignorando le proprie origini biologiche;
- il potenziale rifiuto dei genitori di un figlio nato grazie all'apporto di un donatore; in particolare, da parte di uomini infertili che non possono asserire la propria paternità biologica;
- nonché i rischi eugenetici.

Secondo i suddetti ricercatori, il divieto italiano di servirsi procedure di PMA con il contributo di donatori ha fatto sì che i medici che praticavano la fecondazione in vitro trasferissero le loro cliniche all'estero[50], che le coppie italiane optassero per il turismo procreativo e che il tasso di fecondità calasse[51].

Dal 2014, tuttavia, anche sul territorio italiano possono essere eseguite procedure di PMA

---

[45]. Si veda E. Chelo, *L'evoluzione delle techniche di procreazione assistita e gli effetti della legge 40*, in L. Lombardi e S. De Zordo, *La procreazione medicalmente assistita e le sue sfide. Generi, tecnologie e disuguaglianze*, Milano, Franco Angeli, 2013, pp. 144-152, alle pp. 151-152.

[46]. Su questo punto, si veda ad esempio Tripodina, *Il «diritto» a procreare artificialmente in Italia: una storia emblematica, tra legislatore, giudici e corti*, cit., a p. 71.

[47]. Più specificamente, è calata la percentuale di gravidanze/parti plurimi e si è innalzato il tasso di gravidanza. Si vedano P. Levi Setti *et al.*, *Italian Constitutional Court modifications of a restrictive assisted reproduction technology law significantly improve pregnancy rate*, in «Human Reproduction », 26, 2, 2011, pp. 376-378; A.P. Ferraretti *et al.*, *Assisted reproductive technology in Europe, 2008: Results generated from European registers by ESHRE*, in «Human Reproduction », 27, 9, 2012, pp. 2571-2584; A.P. Ferraretti *et al.*, *Assisted reproductive technology in Europe, 2009. Results generated from European registers by ESHRE*, in «Human Reproduction Update», 28, 9, 2013, pp. 2318-2331. Si veda anche *infra*.

[48]. E anche all'art. 9, commi 1 e 3, art. 12, comma 1.

[49]. M.C. Inhorn, P. Patrizio e G.I. Serour, *Third-party reproductive assistance around the Mediterranean. Comparing Sunni Egypt, Catholic Italy, and multisectarian Lebanon*, in «Reproductive BioMedicine Online», 21, 7, 2010, pp. 848-853 a p. 850. Si veda inoltre M.C. Inhorn, P. Patrizio e G.I. Serour, *Third-party reproductive assistance around the Mediterranean. Comparing Sunni Egypt, Catholic Italy, and multisectarian Lebanon*, in M.C. Inhorn e S. Tremayne (a cura di), *Islam and Assisted Reproductive Technologies: Sunni and Shia Perspectives*, New York, Oxford, Berghahn, pp. 223-260 alle pp. 227-228 e 235-237.

[50]. In realtà, i dati rilevati sul campo hanno rivelato che alcuni specialisti di fecondazione in vitro offrivano (e alcuni offrono tuttora) trattamenti di fertilità con il contributo di donatori a genitori intenzionali italiani all'estero. Si veda *infra*, capitolo V, paragrafo 6.

[51]. I dati relativi ai tassi di fecondità sono riportati *supra*, nel capitolo I, paragrafo 4.

che coinvolgano uno o due donatori. La legge 190/2014 di conseguenza istituì un registro nazionale dei donatori di cellule riproduttive (art.1, comma 298)[52]. Alcuni principi di base furono chiariti anche dal Ministero della Salute. Come appare dall'ultima relazione del Ministro della Salute (datata 29 giugno 2017), sulla scorta delle sentenze della Corte Costituzionale e di alcune direttive europee di settore riguardanti cellule e tessuti di origine umana da destinarsi a scopo terapeutico, furono inoltre emessi un numero di provvedimenti riguardanti la PMA[53]. Nel gennaio 2017, la definizione dei «livelli essenziali di assistenza» (LEA) fu estesa a includere anche la consulenza genetica e alcune procedure di PMA che prima erano accordate unicamente nel caso in cui un potenziale genitore fosse stato ospedalizzato[54]. È bene sottolineare che in Italia i LEA comprendono una serie di servizi sanitari riconosciuti sul piano nazionale, che devono essere garantiti a tutti i residenti[55]. La responsabilità di tali prestazioni compete alle regioni[56], le linee guida operative e le indicazioni cliniche vengono infatti fornite a livello locale.

Il decreto emanato dal Presidente del Consiglio dei Ministri precisa inoltre che i costi di raccolta, crioconservazione e distribuzione delle cellule riproduttive ai fini della PMA debbano essere condivisi tra il servizio sanitario nazionale (SSN) e i genitori intenzionali, come stabilito dalle regioni e dalle province autonome. Nel settembre 2014, dette sezioni amministrative giocarono un ruolo chiave nella definizione dei principi di base della PMA[57]. Nello specifico, la Conferenza delle Regioni e delle Province autonome precisava i requisiti che le strutture di RMA autorizzate dall'ISS devono possedere, così come le condizioni di salute psico-fisica dei futuri donatori[58]. Il documento fu avallato dalla Regione Piemonte, che individuò altresì una lista di quattro centri autorizzati a eseguire trattamenti di riproduzione eterologa[59]. I medici intervistati osservavano tuttavia che, a causa del precedente divieto decennale e della regola di volontarietà relativa alla donazione di gameti/embrioni, le cliniche di PMA italiane raramente dispongono di un numero sufficiente di donatori femminili e maschili; i gameti e gli embrioni sono pertanto spesso forniti da paesi stranieri. Si può quindi ritenere che il turismo sanitario precedentemente criticato[60] si sia infine trasformato in una sorta di «turismo dei donatori», come illustrato *infra*, al paragrafo 5.

---

[52]. La legge fa riferimento a un «registro nazionale dei donatori di cellule riproduttive a scopi di procreazione medicalmente assistita di tipo eterologo»; si veda Legge 23 dicembre 2014, n° 190, in «Gazzetta Ufficiale», 99 SO, 29 dicembre 2014.

[53]. Si vedano rispettivamente Decreto del Ministero della Salute 1° luglio 2015, in «Gazzetta Ufficiale», 161, 14 luglio 2015; Decreto-legge 16 dicembre 2016 n° 256, in «Gazzetta Ufficiale», 10, 13 gennaio 2017; Decreto del Ministero della Salute 15 novembre 2016, in «Gazzetta Ufficiale», 271, 19 novembre 2016; Decreto del Ministero della Salute 28 dicembre 2016 n° 265, in «Gazzetta Ufficiale», 40, 14 febbraio 2017.

[54]. Si veda il decreto emanato dal Presidente del Consiglio dei Ministri il 12 gennaio 2017, in «Gazzetta Ufficiale», 65, 18 marzo 2017. Si veda anche Servizio Studi Senato della Repubblica e Camera dei Deputati, *Definizione e aggiornamento dei livelli di assistenza (LEA). Atto del Governo n°358. Schede di lettura. Dossier – XVII Legislatura*, Roma, Senato della Repubblica e Camera dei Deputati, 2016.

[55]. Legge costituzionale 18 ottobre 2001, n° 3, in «Gazzetta Ufficiale», 248, 24 ottobre 2001; Decreto legislativo 30 dicembre 1992, n° 502, in «Gazzetta Ufficiale», 4, 7 gennaio 1994 SO n° 3; Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001, in «Gazzetta Ufficiale», 33, 8 febbraio 2002, SO n° 26.

[56]. Torbica e Fattore hanno evidenziato che le regioni «hanno virtualmente poteri esclusivi in merito a regolamentazione, organizzazione, amministrazione e finanziamento della sanità pubblica». Si veda A. Torbica e G. Fattore, *The «Essential Levels of Care» in Italy: When being explicit serves the devolution of powers*, in «The European Journal of Health Economics», 6, I, 2005, pp. 46-52, a p. 46.

[57]. Dal momento in cui il governo italiano decise di non intervenire e data la delicatezza dell'argomento e delle relative implicazioni etiche, al Parlamento, alle Regioni e alle Province autonome è spettato il compito di contribuire a colmare le lacune legislative. Si veda Deliberazione della Giunta Regionale 15 settembre 2014, n° 12-311.

[58]. Si veda Rep. 14/09/CR02/C7SAN.

[59]. Deliberazione della Giunta Regionale 15 settembre 2014, n°12-311.

[60]. Si veda ad esempio G. Zaninim *Abandoned by the State, betrayed by the Church: Italian experiences of cross-border reproductive care*, in «Reproductive BioMedicine, 23, 5, 2011, pp. 565-572.

Nel 2015, due ulteriori procedimenti interessarono i limiti alla PMA originariamente stabiliti dalla legge 40/2004. Venne infatti sollevata l'illegittimità costituzionale di due divieti. Il primo riguardava la proibizione di avvalersi di procedure di RMA da parte di coppie fertili portatrici di gravi malattie genetiche trasmissibili[61]; il secondo concerneva le sanzioni penali previste per qualsiasi forma di selezione embrionale a fini eugenetici, come prescritto dall'art. 13, comma 3, lettera A.

Conseguentemente, l'eugenetica e la diagnosi genetica preimpianto sono ora permesse in Italia[62]. La definizione giuridica della PMA è stata quindi ampliata in modo da includere non solo i soggetti infertili e/o sterili (come precedentemente stabilito dall'art. 1, comma 1, legge 40/2004), ma anche gli aspiranti genitori fertili portatori di malattie genetiche potenzialmente trasmissibili[63]. Questa definizione estesa dei potenziali fruitori delle tecniche di RMA potrebbe tuttavia non comprendere coppie di migranti musulmani desiderose di concepire[64].

Come trattato oltre, nei capitoli IV e V, la giurisprudenza brevemente accennata ha notevolmente influito sul comportamento dei genitori intenzionali (musulmani) residenti sul territorio italiano. Analogamente, il margine d'azione delle cliniche della fertilità accertate e registrate è significativamente mutato per quanto concerne le procedure di RMA potenzialmente attuabili in Italia[65]. I prossimi due paragrafi prendono in esame le tipologie di tecniche di PMA consentite in Italia e le cliniche della fertilità locali.

5. Centri e tecniche di procreazione medicalmente assistita

All'inizio del presente studio, il rapporto del Registro Nazionale della Procreazione Medicalmente Assistita (di seguito RNPMA) elencava 366 strutture che offrivano PMA nel 2016; al momento della stesura, il più recente rapporto disponibile individua, seppure come dato provvisorio, 362 cliniche della fertilità nel 2017[66]. Secondo quanto mostra la tabella 2.1, tra il 2005

---

61. Come enunciato nell'art. 1, commi 1-2, e nell'art. 4, comma 1.

62. Si veda S. Biondi, A*ccess to medical-assisted reproduction and PGD in Italian law: A deadly blow to an illiberal statute? Commentary to the European Court on Human Rights's decision Costa and Pavan v. Italy (ECtHR, 28 August 2012, App. 54270/2010)*, in «Medical Law Review», 21, 3, 2013, pp. 474-486; e E. Turillazi *et al.*, *The European Court Legitimates Access of Italian Couples to Assisted Reproductive Techniques and the Pre-Implantation Genetic Diagnosis*, in «Medicine, Science and the Law», 55, 3, 2015, pp. 194-200. Per quanto concerne le disposizioni islamiche e le prassi musulmane in merito a questi temi, si veda *infra*, capitolo III, paragrafo 7.3.2, e capitolo IV, paragrafo 3.3.

63. Cfr. Tripodina, *Il «diritto» a procreare artificialmente in Italia: una storia emblematica, tra legislatore, giudici e corti*, cit., a p. 79. Si veda anche E. Bracchi e C. Simoncini, *La Reglementation de l'Assistance Medicale a la Procreation en Italie le Droit Face a une Nouvelle Conception de la Famille*, in «Canadian Journal of Women and the Law/Revue Femmes et Droit», 28, 2016, pp. 548-567.

64. Sull'esigenza specifica di procreare nel caso dei genitori intenzionali musulmani, si veda *infra*, capitolo IV, paragrafo 6.

65. Come affrontato *infra*, nel capitolo IV, le procedure di RMA che erano, o sono tuttora, proibite in Italia possono essere eseguite all'estero da parte di medici italiani su coppie residenti sul territorio italiano.

66. Si veda RNPMA, *X Report. Attività del Registro Nazionale della Procreazione Medicalmente Assistita*, cit., alle pp. 12 e 133; e RNPMA, *XI Report. Attività del Registro Nazionale della Procreazione Medicalmente Assistita*, cit., a p.11. Si veda inoltre la tabella 2.1; la presenza di un asterisco nella tabella indica che i dati sono provvisori. Il numero di centri registrati all'ISS può infatti ancora variare entro la fine del 2017. All'inizio del 2015, ad esempio, il totale dei centri per la fertilità elencati dall'ISS era pari a 361; ossia 163 (I livello) e 198 (II-III livello). Alla fine dell'anno, le cliniche della fertilità registrate ammontavano a 366, si veda RNPMA, *IX Report. Attività del Registro Nazionale della Procreazione Medicalmente Assistita*, cit., a p. 12; e RNPMA, *XI Report. Attività del Registro Nazionale della Procreazione Medicalmente Assistita*, cit., a p. 8.

e il 2016 il numero delle strutture che offrivano servizi di TRA sul territorio italiano è cresciuto notevolmente[67]. Più precisamente, sono stati pochi gli anni (2009, 2011, 2014) in cui si è constatata una riduzione della quantità di centri per la fertilità accertati e registrati dall'ISS; complessivamente, l'incremento del totale è stato comunque del 15,8% in dieci anni.

TAB. 2.1. *Cliniche eroganti trattamenti di fertilità in Italia*

2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
316	329	342	354	350	357	354	355	369	362	366	366	362*

I centri italiani di PMA accertati e registrati dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS) possono erogare tipi diversi di trattamenti di fertilità e anche le categorie delle prestazioni fornite variano da clinica a clinica. Tali aspetti sono chiariti di seguito.

In primo luogo, sul territorio italiano è possibile individuare tre diverse tipologie di servizi di PMA. Le cliniche della fertilità possono offrire un servizio esclusivamente privato oppure operare nell'ambito del servizio sanitario nazionale, o in quanto servizio pubblico, oppure in qualità di fornitori privati accreditati eroganti trattamenti finanziati dal servizio sanitario nazionale (SSN).

La maggior parte delle cliniche della fertilità che offrono un servizio pubblico in Italia è dislocata al Nord, dove si trova il 58,8% delle strutture pubbliche che eseguono l'inseminazione intrauterina (IUI)[68]. Nelle regioni italiane nord-occidentali si annovera pertanto il 76,3% dei centri per la fertilità pubblici[69]. È interessante notare che la maggior parte dei trattamenti di fertilità erogati in Italia ha luogo in ospedali pubblici o in cliniche private che offrono prestazioni finanziate dal SSN[70].

Per quanto concerne il Piemonte, nel 2015 si contavano complessivamente dieci strutture eroganti tecniche di PMA; tra queste, sei erano private, tre pubbliche e una era una clinica privata accreditata in cui i trattamenti potevano essere finanziati dal SSN[71]. Considerando le strutture locali che eseguono l'IUI, su ventisette centri piemontesi, quindici erano privati, undici pubblici e uno privato accreditato quindi con copertura del servizio sanitario nazionale[72].

---

[67]. Si veda RNPMA, *X Report. Attività del Registro Nazionale della Procreazione Medicalmente Assistita*, cit., a p. 8.
[68]. IARTR, *Executive Summary. Monitoring the activity and outcomes of Italian ART centers in 2014*, cit., a p. 34.
[69]. *Ibidem*, a p. 9.
[70]. Ministero della Salute, *Relazione del Ministro della Salute al Parlamento sullo stato di attuazione della legge contenente norme in materia di procreazione medicalmente assistita (Legge 19 febbraio 2004 n°40, articolo 15). Attività anno 2015 centri procreazione medicalmente assistita. Utilizzo dei finanziamenti (artt. 2 e 18) anno 2016*, cit., a p. 18.
[71]. IARTR, *Executive Summary. Monitoring the activity and outcomes of Italian ART centers in 2015*, cit., a p. 10. Dati analoghi sono stati riportati nel 2014 e nel 2013; si vedano rispettivamente IARTR, *Executive Summary. Monitoring the activity and outcomes of Italian ART centers in 2014*, cit., a p. 9 e IARTR, *Executive Summary. Monitoring the activity and outcomes of Italian ART centers in 2013*, cit., a p. 15.
[72]. IARTR, *Executive Summary. Monitoring the activity and outcomes of Italian ART centers in 2015*, cit., a p. 39. Nel 2014, su 26 centri il 42,3% era pubblico, il 3,8% era privato coperto dal SSN, e il 53,8% privato. Si veda IARTR, *Executive Summary. Monitoring the activity and outcomes of Italian ART centers in 2014*, cit., a p. 34. Ulteriori dettagli sulle cliniche della fertilità situate a Torino sono discussi *infra*, al paragrafo 6.

Prendendo in esame le procedure di fertilità consentite in ambito nazionale, i centri italiani possono fornire tre diversi tipi di trattamenti. Il RNPMA suddivide infatti le cliniche italiane di RMA in base al livello delle tecniche di fecondazione assistita offerte. Si possono distinguere tre livelli: i centri di I livello forniscono inseminazione intrauterina (IUI) e crioconservazione dei gameti maschili[73]. L'IUI può essere effettuata servendosi dei gameti maschili della coppia (IUI-H), oppure usando il seme di un donatore (IUI-D)[74]. Oltre a queste forme di TRA, i centri per la fertilità di II e III livello erogano anche le seguenti tecniche:

- trasferimento intratubarico di gameti (GIFT),
- fecondazione in vitro con trasferimento dell'embrione (FIVET),
- iniezione intracitoplasmatica dello spermatozoo (ICSI),
- trasferimento di embrioni crioconservati (FER),
- trasferimento intratubarico di zigoti (ZIFT),
- trasferimento tubarico di embrione (TET),
- congelamento di ovociti (FO),
- crioconservazione di embrioni e ovociti,
- tecniche di prelievo degli spermatozoi per via chirurgica[75], incluso il recupero chirurgico di spermatozoi (SSR)[76].

Nei centri per la fertilità di II livello, le procedure sono eseguite in anestesia locale e/o con sedazione profonda; in quelle di III livello, è possibile effettuare anche procedure che richiedano anestesia generale con intubazione[77].

Quando il presente lavoro ha avuto inizio, nel 2016, su 366 centri italiani registrati, 166 cliniche offrivano TRA di I livello e 201 centri fornivano trattamenti di II e III livello[78]. Nel 2017, le cifre hanno subito una lieve variazione: erano 166 i centri che fornivano trattamenti di I livello e 196 le cliniche che effettuavano procedure di PMA di II e III livello[79]. È altresì opportuno osservare che le cliniche della fertilità eroganti trattamenti di I livello, più esattamente il 56,7% dei centri di PMA italiani, erano dislocate per lo più nelle regioni settentrionali[80].

Secondo quanto delucidato nel precedente paragrafo, in Italia si è assistito a un graduale ampliamento relativo alla portata dei trattamenti consentiti nelle cliniche della fertilità accertate e registrate. Dal 2009, i medici che eseguono cicli di TRA possono servirsi di gameti femminili e

---

[73]. Si veda *supra*, paragrafo 4.

[74]. Riguardo a PMA omologa ed eterologa si veda *supra*, capitolo I. Si veda anche Ministero della Salute, *Relazione del Ministro della Salute al Parlamento sullo stato di attuazione della legge contenente norme in materia di procreazione medicalmente assistita (Legge 19 febbraio 2004 n°40, articolo 15). Attività anno 2015 centri procreazione medicalmente assistita. Utilizzo dei finanziamenti (artt. 2 e 18) anno 2016*, cit., a p. 135.

[75]. Quali l'aspirazione percutanea epididimale degli spermatozoi (PESA) o l'estrazione di spermatozoi testicolari (TESE).

[76]. Si veda RNPMA, *X Report. Attività del Registro Nazionale della Procreazione Medicalmente Assistita*, cit., a p. 14. Si prega di notare che la terminologia circa le TRA si basa sul glossario di ICMART e OMS. Si veda Zegers-Hochschild *et al.*, *International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technology (ICMART), and the World Health Organization (WHO), revised glossary of ART terminology, 2009*, in «Fertility and Sterility», 92, 5, 2009, pp. 1520-1524 e Iid., *International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technology (ICMART), and the World Health Organization (WHO), revised glossary of ART terminology*, 2009, in «Human Reproduction», 24, 11, 2009, pp. 2683-2687.

[77]. In riferimento al Piemonte, si vedano anche Deliberazione della Giunta Regionale n° 43/4707, 3 dicembre 2001, e Documento tecnico-programmatico sull'attività di procreazione medicalmente assistita nella regione Piemonte, ottobre 2009.

[78]. RNPMA, *X Report. Attività del Registro Nazionale della Procreazione Medicalmente Assistita*, cit., a p. 12.

[79]. RNPMA, *XI Report. Attività del Registro Nazionale della Procreazione Medicalmente Assistita*, cit., a p. 11.

[80]. *Ibidem*, a p. 19.

maschili o di embrioni freschi o crioconservati (processo di congelamento/scongelamento). I cicli a fresco comprendono la fecondazione in vitro (IVF) e l'iniezione intracitoplasmatica degli spermatozoi (ICSI); i cicli con congelamento/scongelamento includono il trasferimento di embrioni crioconservati (FER) e il trasferimento di ovociti crioconservati (FOR).

Dal 2014, anche l'uso di gameti femminili e maschili di donatori non è più proibito in Italia; le procedure di riproduzione medicalmente assistita possono pertanto avvalersi di gameti maschili o femminili donati da terzi[81]. Le strutture mediche italiane possono ora offrire tecniche di procreazione assistita sia omologhe sia eterologhe. Gli ovociti delle donatrici possono essere utilizzati nei cicli a fresco o da scongelamento, mentre per quanto concerne i gameti maschili è consentita unicamente la crioconservazione. Nel 2014, le procedure che prevedevano la donazione di gameti o di embrioni sono state in totale 209 in Italia; nel 2015, il numero è salito a 2.287, con un tasso di crescita annuo del 994%. È possibile trovare ulteriori dettagli nella tabella 2.2[82].

TAB. 2.2. *Aumento dei trattamenti medici erogati*

	Cicli con donazione di gameti/embrioni	Cicli con ovociti freschi	Cicli con ovociti crioconservati	Cicli con spermatozoi crioconservati	Cicli con embrioni crioconservati
2014	209	23	110	42	34
2015	2.287	110	1.198	559	420

Al momento della stesura, l'ISS non ha ancora pubblicato i dati riguardanti il 2016, anche se si può ipotizzare che le cifre sopra riportate siano destinate a crescere negli anni a venire.

Secondo quanto osservato inoltre dal Ministero della Salute, dall'entrata in vigore della legge 40/2004, tale tipologia di trattamenti di fertilità è stata erogata in un numero ragguardevole di casi in Italia per la prima volta nel 2015[83]. Prendendo spunto dai dati riportati dal Ministero della Salute, la tabella 2.3 compara i trattamenti di fertilità omologhi ed eterologhi e mostra che nel 2015 i cicli omologhi ammontavano a 92.310, laddove quelli eterologhi arrivavano a 2.800[84].

[81]. Corte Costituzionale n° 162, 9 aprile - 10 giugno 2014, «Gazzetta Ufficiale», 26, Serie Speciale, 18 giugno 2014.
[82]. Dati presenti in Ministero della Salute, *Relazione del Ministro della Salute al Parlamento sullo stato di attuazione della legge contenente norme in materia di procreazione medicalmente assistita (Legge 19 febbraio 2004 n°40, articolo 15). Attività anno 2014 centri procreazione medicalmente assistita. Utilizzo dei finanziamenti (artt. 2 e 18) anno 2015*, cit., a p. 72; Ministero della Salute, *Relazione del Ministro della Salute al Parlamento sullo stato di attuazione della legge contenente norme in materia di procreazione medicalmente assistita (Legge 19 febbraio 2004 n°40, articolo 15). Attività anno 2015 centri procreazione medicalmente assistita. Utilizzo dei finanziamenti (artt. 2 e 18) anno 2016*, cit, a p. 71.
[83]. Ministero della Salute, *Relazione del Ministro della Salute al Parlamento sullo stato di attuazione della legge contenente norme in materia di procreazione medicalmente assistita (Legge 19 febbraio 2004 n°40, articolo 15). Attività anno 2015 centri procreazione medicalmente assistita. Utilizzo dei finanziamenti (artt. 2 e 18) anno 2016*, cit, a p. 5.
[84] *Ibidem*, alle pp. 7-10. Per quanto concerne FIVET, ICSI, FER, FO omologhe, cicli di II e III livello, 55.329 erano cicli a fresco e 14.432 erano cicli da scongelamento.

TAB. 2.3. *Trattamenti omologhi ed eterologhi*

	Centri per la fertilità	Coppie trattate	Cicli
IUI omologa (centro) I livello	131	3.379	5.839
IUI omologa (centro) II-III livello	166	10.787	16.710
FIVET ICSI FER FO omologhe II-III livello	178	57.664	69.761
Totale trattamenti omologhi	*475*	*71.830*	*92.310*
IUI eterologa (centro) I livello	3	18	31
IUI eterologa (centro) II-III livello	49	361	482
FIVET ICSI FER FO eterologhe II-III livello	69	2.083	2.287
Totale trattamenti eterologhi	*121*	*2.462*	*2.800*

Il tempo soltanto potrà confermare se la fecondazione eterologa aumenterà in Italia e se l'ammissibilità di tali tecniche sarà in grado di contrastare il cosiddetto fenomeno del turismo procreativo[85]. Sebbene le procedure di PMA con il coinvolgimento di terze parti possano ora essere praticate in Italia, la quantità di gameti ed embrioni importati supera notevolmente il numero di quelli autoctoni. A titolo esemplificativo, nel 2015, su 513 cicli di IUI con seme di donatore, il 69% (ossia 354) è stato condotto con gameti maschili importati. Analogamente, su 2.287 cicli di FIVET/ICSI/FER/FO, 1.915 sono stati eseguiti con gameti maschili/femminili o embrioni importati, vale a dire l'83,7% del totale delle procedure eterologhe[86]. Nel 2015, infatti, 3.304 contenitori di ovociti e 1.982 contenitori di seme maschile crioconservato sono stati importati da Danimarca, Grecia, Repubblica Ceca, Spagna e Svizzera. Similmente, 744 contenitori di embrioni crioconservati sono stati importati da Austria, Grecia, Repubblica Ceca, Spagna e Svizzera[87].

[85]. Per quanto concerne i pazienti musulmani, si veda *infra*, capitolo IV, paragrafo 4.3.

[86]. Più precisamente, su 559 cicli con donazione di gameti maschili, in 419 casi è stato utilizzato sperma importato; su 308 cicli con donazione di gameti femminili, in 1.137 casi sono stati impiegati ovociti importati; su 420 cicli con donazione di embrioni, in 359 casi sono stati usati embrioni importati. Si veda Ministero della Salute, *Relazione del Ministro della Salute al Parlamento sullo stato di attuazione della legge contenente norme in materia di procreazione medicalmente assistita (Legge 19 febbraio 2004 n°40, articolo 15). Attività anno 2015 centri procreazione medicalmente assistita. Utilizzo dei finanziamenti (artt. 2 e 18) anno 2016*, cit, alle pp. 8-9.

[87]. L'esportazione di gameti ed embrioni italiani è di gran lunga inferiore e conta rispettivamente 19, 2.638 e 22 contenitori. Si veda Ministero della Salute, *Relazione del Ministro della Salute al Parlamento sullo stato di attuazione della legge contenente norme in materia di procreazione medicalmente assistita (Legge 19 febbraio 2004 n°40, articolo 15). Attività anno 2015 centri procreazione medicalmente assistita. Utilizzo dei finanziamenti (artt. 2 e 18) anno 2016*, cit., alle pp. 9-10 e 214-219.

Per quanto riguarda il Piemonte, su 46 cliniche italiane che hanno importato gameti di donatori, si possono contare solo due centri per la fertilità tra quelli che hanno immesso sperma, ovociti ed embrioni dall'estero[88]. In questa regione, nel 2015, tutti i gameti e gli embrioni provenienti da donatori provenivano dalla Spagna o dalla Grecia. Se si considera l'esportazione, solo una clinica della fertilità piemontese ha esportato in Spagna gameti maschili italiani.

Prima di concentrare l'attenzione sulle strutture per la procreazione medicalmente assistita presenti in particolare nella città di Torino, è necessario fornire ulteriori informazioni sulla regione Piemonte. In altre parole, occorre esporre dettagliatamente i dati tenendo presenti entrambi gli aspetti descritti all'inizio del presente paragrafo; ossia le categorie dei servizi di RMA forniti dalle cliniche locali e i tipi di trattamenti di fertilità che la regione offre.

Nel marzo 2016, all'inizio di questo studio, le TRA di I livello erano eseguite, localmente, in otto strutture pubbliche e in nove private, in grado di fornire, rispettivamente, il 19,5% e il 7,5% dei servizi di RMA in Italia. Prendendo in esame le strutture piemontesi che offrivano tecniche per la fertilità di II e III livello, si contano sei cliniche private, tre strutture pubbliche e una privata, i cui costi erano coperti dal servizio sanitario nazionale[89]. Nel 2017 le cliniche della fertilità piemontesi di I livello erano sedici: le strutture pubbliche erano state ridotte a sette, mentre i centri privati erano rimasti nove. Il numero di centri in grado di offrire tecniche di II e III livello è salito da tre a quattro, laddove quello delle cliniche private e private finanziate dal SSN è rimasto invariato[90].

TAB. 2.4. *Servizi di fertilità erogati da cliniche piemontesi pubbliche e private*

Centri PMA Piemontesi		2016 (%)	2017 (%)
I Livello	- Pubblico	19,5	17,5
I Livello	- Privato finanziato da SSN	-	-
I Livello	- Privato	7,5	7,3
II-III Livello	- Pubblico	4,1	5,6
II-III livello	- Privato finanziato da SSN	5	5,3
II-III Livello	- Privato	5,6	5,7

Attingendo ai rapporti del RNPMA 2016-2017, la tabella 2.4 fornisce un resoconto delle percentuali dei servizi per la fertilità nazionali effettuati in Piemonte, secondo i più recenti dati a disposizione. Risulta evidente che, dal 2016 al 2017, il numero dei centri regionali di RMA che

88. *Ibidem*, alle pp. 215-219.
89. Rappresentando rispettivamente il 5,6%, 4,1%, e 5% dei servizi forniti a livello nazionale. RNPMA, *X Report. Attività del Registro Nazionale della Procreazione Medicalmente Assistita*, cit., a p. 139. I dati sono riportati nella tabella 2.4.
90. RNPMA, *XI Report. Attività del Registro Nazionale della Procreazione Medicalmente Assistita*, cit., a p. 139. Le percentuali sono riportate nella tabella 2.4.

offrono procedure di fertilità di II e III livello è aumentato nelle cliniche piemontesi, siano esse private, pubbliche, o accreditate e registrate dall'ISS.

6. Centri per la procreazione medicalmente assistita a Torino

Nell'autunno del 2017, il Registro Nazionale della Procreazione Medicalmente Assistita contava 29 centri per la fertilità in Piemonte[91], come risulta dalla tabella 2.5, che mostra la quantità di centri accertati e registrati all'ISS più alta mai raggiunta a livello regionale.

TAB. 2.5. *Centri per la fertilità in Piemonte*

2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
28	27	25	26	25	26	26	27	27	29

Quando ha avuto inizio il presente studio, nel marzo 2016, i centri per la fertilità si trovavano nelle province di Alessandria (n° 3), Asti (n° 2), Biella (n° 2), Cuneo (n° 4), Novara (n° 5), Torino (n° 11), e Vercelli (n°1)[92]. A settembre 2017, si contavano altri due centri, rispettivamente nelle città di Asti e Cuneo. La sola città di Torino conta otto cliniche di RMA accreditate e registrate all'ISS, come di seguito elencate:

- Centro Medicina della Riproduzione - A.O.U. Città della Salute e della Scienza di Torino - Ospedale Sant'Anna (di seguito S. Anna);
- Centro di Fisiopatologia della Riproduzione Ospedale «Maria Vittoria» (di seguito M. Vitt.);
- Promea s.p.a. (di seguito Promea);
- ARTES s.r.l. - Endoscopia Ambulatoriale e Tecniche di Riproduzione Assistita (di seguito ARTES);
- C.M.R. - Centro di Medicina Riproduttiva e Procreazione Assistita (di seguito CMR);
- Centro Clinico San Carlo di Fecondazione Assistita e Ginecologia (di seguito S. Carlo);
- Livet s.r.l. - (di seguito Livet);
- Sedes Sapientiae (di seguito S. Sap.).

In base a quanto esposto dalla tabella 2.6, delle otto cliniche citate, due sono pubbliche, una è privata e convenzionata con il SSN, cinque sono private. Le tecniche di III livello sono fornite da tre strutture: una privata, una pubblica e una privata finanziata dal SSN. Tre cliniche private e una

[91]. https://w3.iss.it/site/RegistroPMA/PUB/Centri/CentriPma.aspx?regione=1 (11 settembre 2017).
[92]. Si veda Registro Nazionale della PMA online, all'indirizzo: https://w3.iss.it/site/RegistroPMA/PUB/Centri/CentriPma.aspx?regione=1 (12 maggio 2016).

pubblica offrono tecniche di II livello, mentre solo un centro medico privato fornisce quelle di I livello.

TAB. 2.6. *Cliniche della fertilità a Torino*

	S.Anna	M.Vitt.	Promea	ARTES	CMR	Livet	S.Carlo	S.Sap.
Tipo di servizio	Pubblico	Pubblico	Finanziato da SSN	Privato	Privato	Privato	Privato	Privato
Livello delle tecniche	III	II	III	I	II	II	II	III

Nelle strutture piemontesi pubbliche o finanziate dal SSN, il costo delle procedure per la fertilità è sostenuto dal servizio sanitario nazionale, qualora il trattamento rientri nei livelli essenziali di assistenza (di seguito LEA)[93].

In Italia, è infatti il servizio sanitario nazionale (SSN) a farsi carico dei fini generali del sistema sanitario a livello nazionale, mentre le regioni sono responsabili delle strutture sanitarie attraverso una rete di organizzazioni di gestione territoriale della salute basate sulla popolazione (cosiddette ASL)[94], ospedali pubblici o ospedali privati accreditati[95]. Oltre alle prestazioni LEA – che sono erogate uniformemente in Italia – ciascuna regione può coprire parzialmente o totalmente i costi dei trattamenti non rientranti nei LEA. In tal caso, una regione italiana garantisce alla popolazione residente alcune prestazioni previste dal SSN sovvenzionandole con le proprie risorse[96].

Sia secondo la Giunta regionale, sia secondo l'Assessorato alla salute e alla sanità, il costo della procreazione medicalmente assistita deve essere «nel suo complesso ragionevolmente sostenibile per il [...] SSR (servizio sanitario regionale)»[97]. Tuttavia, l'Assessorato alla salute e alla sanità ammette che il sistema attuale causi in Italia una disparità di trattamento dei pazienti. Tale divario è dovuto al fatto che esclusivamente alcune regioni italiane coprano interamente il costo delle procedure di RMA erogate dalle strutture pubbliche; possono inoltre esistere, a livello locale, ulteriori differenze nei servizi di PMA erogati pubblicamente. Poiché in Piemonte solo alcuni dei costi dei trattamenti di fertilità sono coperti dal sistema sanitario regionale, è stato osservato e criticato il fenomeno della migrazione delle coppie residenti verso la vicina regione Lombardia[98].

93. Si veda *supra*, paragrafo 4.
94. L'acronimo sta per *azienda sanitaria locale*.
95. Gli ospedali possono fornire servizi a pazienti sia interni sia ambulatoriali.
96. Per ulteriori dettagli in lingua inglese sul sistema sanitario italiano, si veda *inter alia* il rapporto per lo European Observatory redatto da A. Lo Scalzo *et al.*, *Italy: Health system review*, in «Health Systems in Transition», 11, 6, 2009, pp. 1-126.
97. Si veda Deliberazione della Giunta Regionale n° 7-12382, 26 ottobre 2009; Deliberazione della Giunta Regionale n° 49-12479, 2 novembre 2009; Documento tecnico-programmatico sull'attività di procreazione medicalmente assistita nella regione Piemonte, ottobre 2009.
98. In merito a tale aspetto si veda anche *infra*, capitolo IV.

Il sistema sanitario italiano è dunque strutturato su base regionale e conseguentemente la qualità dei servizi esistenti e delle terapie offerte pubblicamente variano a seconda della regione, anche per quanto concerne TRA e PMA. Il costo che gli aspiranti genitori devono sostenere per i trattamenti di fertilità nelle cliniche pubbliche e in quelle finanziate dal SSN può pertanto variare in modo significativo, così come il limite di età della madre intenzionale. A titolo esemplificativo, prendendo in considerazione le strutture pubbliche e quelle finanziate dal SSN, il limite di età della madre intenzionale è di 41 anni in Toscana, 42 in Liguria e 43 in Lombardia, mentre in Trentino-Alto Adige non ve n'è alcuno[99]. In Piemonte, sono finanziati dal SSN fino a tre cicli di fertilità completi di II e III livello, nel caso in cui le madri intenzionali non superino i 43 anni d'età. In merito alle tecniche di I livello, il totale dei cicli completi arriva a sei e l'età limite dell'aspirante madre è portata a 45 anni[100].

Esaminando la quantità di cicli di inseminazione effettuati nei centri per la fertilità di Torino nel 2014 e nel 2015, i dati rivelano che, mentre il numero di trattamenti cresce costantemente nei centri pubblici e finanziati dal SSN, solamente due strutture private hanno registrato un incremento (CMR e S. Carlo). In realtà, confrontando gli anni 2014 e 2015, occorre altresì evidenziare una crescita concernente le attività di una clinica che offriva trattamenti di fertilità con il contributo di donatori. Alla Livet, il numero di cicli di inseminazione omologa è infatti diminuito, passando da 789 nel 2014 a 749 nel 2015; la somma totale dei trattamenti erogati nel 2015 comprendeva tuttavia anche 91 cicli di inseminazione eterologa con donazione di gameti.

TAB. 2.7. *Cicli di TRA locali*

	Totale	S.Anna	M.Vitt.	Promea	ARTES	CMR	Livet	S.Carlo	S.Sap.
Cicli di inseminazione omologa 2014	*3.017*	742	316	1.385	31	224	789	172	68
...di cui ICSI, FIVET e GIFT	*2.429*	582	186	747	-	184	566	124	40
Cicli di inseminazione omologa 2015	*3.748*	828	340	1.344	24	242	749	174	47
…di cui ICSI, FIVET e GIFT	*2.247*	451	206	763	-	174	505	121	27

[99]. Si veda Documento tecnico-programmatico sull'attività di procreazione medicalmente assistita nella regione Piemonte, ottobre 2009.
[100]. Si veda *infra*, capitolo V.

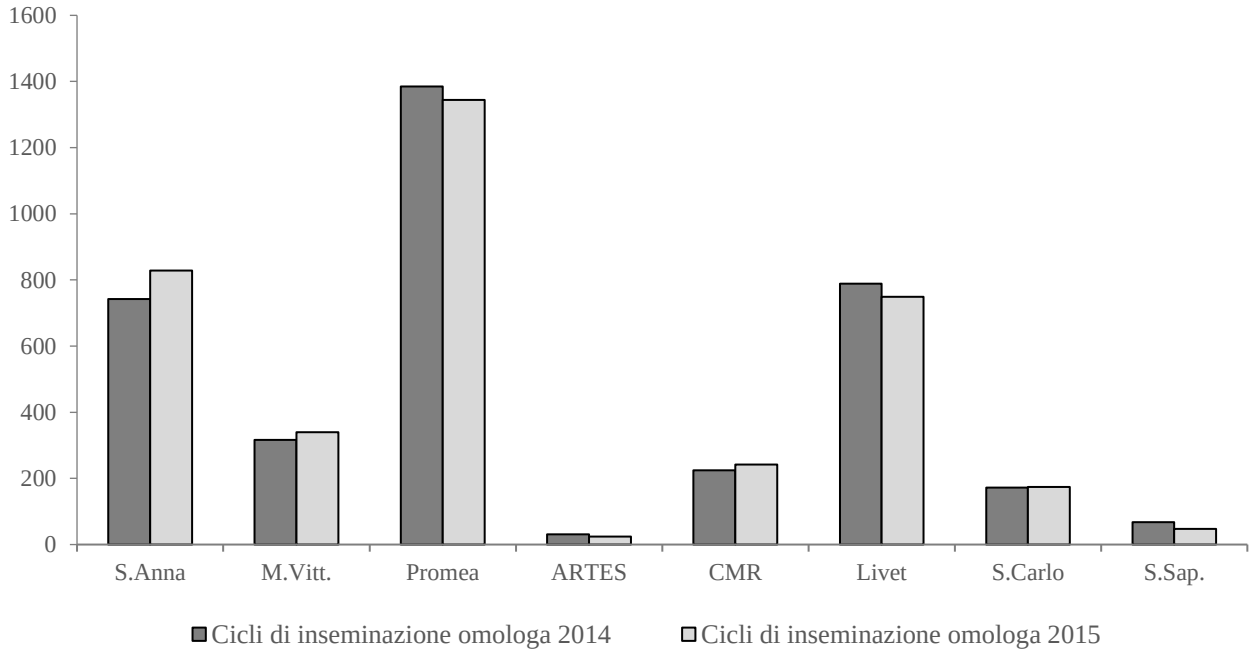

FIG. 2.1 Trattamenti di PMA a Torino.

I dati illustrati dalla tabella 2.7 e dalla figura 2.1 si fondano sulle informazioni riportate dal RNPMA nel 2016 e nel 2017[101], e indicano che la maggior parte dei trattamenti di fertilità eseguiti a Torino è stata (parzialmente/totalmente) finanziata dal servizio sanitario nazionale (SSN). Nel 2014, in particolare, il 45,9% dei cicli di inseminazione omologa effettuati a Torino è stato erogato nell'unica clinica per la fertilità convenzionata con il SSN (ossia Promea); nel 2015, la percentuale è scesa a 35,6%. I due centri medici piemontesi di PMA con sede all'interno di ospedali pubblici – l'Ospedale Sant'Anna e l'Ospedale Maria Vittoria – hanno assicurato fino al 35% dei cicli di inseminazione omologa nel 2014 e il 31,2% nel 2015. Complessivamente, nel 2015, i centri medici pubblici e convenzionati hanno fornito il 67% dei trattamenti di fecondazione omologa a Torino[102]. Le procedure di PMA locali sono state dunque prevalentemente prestate da cliniche pubbliche o convenzionate con il SSN, benché le strutture private per la fertilità fossero più numerose.

I futuri pazienti locali di RMA devono tenere conto anche di un altro elemento che incide sulla spesa sanitaria da affrontare: in aggiunta ai trattamenti finanziati dal SSN, i pazienti residenti in Piemonte possono usufruire di esenzioni dal pagamento della quota di partecipazione diretta alle spese mediche. In Italia, i pazienti possono infatti scegliere tra trattamenti di fertilità privati o pubblici. Qualora si avvalgano del sistema privato, i pazienti pagano i servizi sanitari privati e i

[101]. Nello specifico: ARTES, 13 febbraio 2017 - 25 luglio 2017; CMR, 10 novembre 2016 - 29 maggio 2017; Livet, 25 novembre 2016 - 23 maggio 2017: Maria Vittoria, 13 dicembre 2016 - 28 marzo 2017; Promea, 29 novembre 2016 - 9 maggio 2017; Sant'Anna, 13 ottobre 2016 - 7 settembre 2017; San Carlo, 3 novembre 2016 - 5 settembre 2017 e Sedes Sapientiae, 5 dicembre 2016 – 1° agosto.

[102]. I dettagli concernenti i centri della fertilità locali sono stati indicati *supra*, nel capitolo I, paragrafo 6.1. Per un approfondimento sui dati qualitativi e quantitativi raccolti, si veda *infra*, capitoli IV e V.

farmaci da banco. Nel caso in cui si rivolgano invece a strutture del servizio sanitario nazionale (SSN), i pazienti partecipano alle spese diagnostiche e farmaceutiche, nonché al costo delle visite specialistiche per mezzo di un «ticket»[103]. I pazienti sono così tenuti a pagare direttamente i servizi sanitari nel momento in cui usufruiscono della prestazione (pagamento *out-of-pocket*, ossia diretto); per determinati gruppi esistono tuttavia esenzioni dalla partecipazione al costo. Più precisamente, alcune categorie sono esenti dal pagamento (per intero) del ticket sanitario: bambini, anziani, detenuti, vittime di atti terroristici/criminali, disabili, soggetti affetti da HIV, individui affetti da malattie croniche/rare, beneficiari di pensione sociale, disoccupati e donne in gravidanza. Alcune classi devono soddisfare anche altri requisiti riguardanti il reddito annuo; ad esempio, i disoccupati e i componenti delle loro famiglie (ossia coniuge e figli) hanno diritto a tali vantaggi economici per le cure mediche unicamente se il reddito familiare lordo è inferiore a 8.263,31 euro[104].

Come ulteriormente esaminato nei capitoli IV e V, i pazienti musulmani (stranieri) usufruiscono ampiamente delle esenzioni sanitarie in centri convenzionati con il SSN e/o ospedali pubblici eroganti trattamenti di fertilità[105]. Sottoporsi a procedure di RMA in Piemonte per alcuni pazienti può perciò essere quasi totalmente esente da costi, secondo quanto confermato dai dati empirici.

[103]. Tale processo è detto partecipazione al costo. Per ulteriori dettagli circa la terminologia adoperata, si veda *inter alia* il rapporto per lo European Observatory redatto da A. Lo Scalzo *et al.*, *Italy: Health system review* cit.

[104]. Qualora il paziente disoccupato sia coniugato, il limite per il reddito lordo annuo sale a 11.362,05 euro e ciascun figlio a carico comporta un aumento del reddito pari a 516,46 euro. Si vedano i seguenti link nazionali e regionali http://www.salute.gov.it/portale/esenzioni/dettaglioFaqEsenzioni.jsp?lingua=italiano&id=206; http://www.regione.piemonte.it/sanita/cms2/guida-al-servizio-sanitario/sostegno-alle-cure/286-esenzione-ticket-visite-ed-esami (6 October 2017). Si veda anche art. 1, Decreto del Ministro della Sanità 22 gennaio 1993, in «Gazzetta Ufficiale», 21, 27 gennaio 1993.

[105]. Si vedano, ad esempio, le seguenti guide locali appositamente create per gli stranieri: S. Dacquino e A. Bergallo, *Guida ai servizi sanitari per immigrati*, Torino, Regione Piemonte, LDF, 2016; F. Prunotto e C. Martoglio, *Living in Piedmont. A guide to services for foreign citizens*, Torino, Osservatorio regionale sull'immigrazione, 2004.

Capitolo terzo

PMA conforme alla *sharīʿah* e rimedi all'assenza di prole

1. Mondo musulmano e famiglie ḥalāl

L'*islām* viene convenzionalmente descritto come una religione natalista. I figli rappresentano un grande valore e i musulmani adulti sposati sono invitati a procreare. Il presente capitolo è pertanto incentrato sull'etica islamica e le pratiche musulmane, prendendo in special modo in considerazione la creazione di relazioni familiari verticali.

Esaminando fonti islamiche e costumi musulmani, l'analisi proposta intende indagare sia rimedi tradizionali all'assenza involontaria di prole, sia nuove soluzioni compatibili con la *sharīʿah*, al fine di svelare se e in quale misura anche le tecniche di riproduzione assistita possano dare origine a forme di filiazione e genitorialità sciaraitiche[1]. La presente disamina fa riferimento a fonti giuridiche e usi tradizionali e dà voce a figure religiose e giurisperiti islamici, riportando le dichiarazioni degli informatori. Questo capitolo vuole quindi portare alla luce e analizzare il contesto di rifermento islamico dei pazienti musulmani per quanto concerne modelli vecchi-nuovi di genitorialità e filiazione.

Il capitolo consta di sette paragrafi, che illustrano le disposizioni del diritto islamico e le pratiche musulmane concernenti le coppie musulmane infertili e la creazione delle cosiddette «famiglie *ḥalāl*»[2]. È bene sottolineare che la trattazione proposta non vuole essere uno studio esaustivo in merito a famiglie rispettose dei principi dell'*islām* e bioetica islamica; ma, piuttosto, intende mettere in luce alcune problematiche fondamentali facendo affidamento alle formulazioni contenute nelle fonti

[1]. L'effettivo ricorso a tali metodi di procreazione da parte dei genitori intenzionali musulmani è esaminato nei capitoli IV e V.

[2]. Questo temine arabo significa «lecito» e nel diritto islamico identifica ciò che è legittimo. Il suo contrario è *ḥarām*, che significa «proibito». Per un'introduzione al diritto islamico, si vedano i*nter alia* A.A.D. Ajijola, *Introduction to Islamic law*, New Dehli, International Islamic Publishers, 1989; F. Castro, *Il modello islamico*, G.M. Piccinelli (a cura di), Torino, Giappichelli, 2007; W.B. Hallaq, *An Introduction to Islamic Law*, Cambridge, CPU, 2009; H.H. Hassan, *An introduction to the study of Islamic law*, Islamabad, International Islamic University, 1997; S. Khalid-Rashid, *Muslim law*, Lucknow, Eastern Book, 2008; J. Schacht, *An introduction to Islamic law*, Oxford, Clarendon Press, 1982. Si vedano inoltre R. Gleave e E. Kermeli E. (a cura di), *Islamic law: Theory and practice*, London, I.B. Tauris Publishers, 1997; e R. Peters e P. Bearman (a cura di), *The Ashgate Research Companion to Islamic Law*, Oxon, Ashgate, Routledge, 2016.

islamiche, nelle linee guida musulmane e nelle raccomandazioni fornite dagli *a'immah* attivi a Torino, dai direttori dei centri di culto locali e dai responsabili delle associazioni nazionali islamiche[3].

2. *TRA, PMA e islām*

Prima di addentrarsi nel vivo della questione, è bene iniziare fornendo alcuni chiarimenti in merito alla terminologia adottata. In primo luogo, la parola araba *sharīʿah* designa letteralmente il (dritto) sentiero (che conduce a una fonte) ed è ampiamente utilizzata per indicare la legge divina islamica. Dalle parole del Corano (in arabo *Qur'ān*) si può infatti dedurre che il termine *sharīʿah* identifichi la via che deve essere seguita dai musulmani[4].

Nel presente volume, l'espressione «conforme alla *sharīʿah*» è pertanto utilizzata in riferimento a un atto che si attiene alle disposizioni islamiche e/o musulmane[5]. L'aggettivo «islamico» è solitamente attribuito alle fonti islamiche, mentre «musulmano» denota le leggi islamiche (ufficialmente) riconosciute dai paesi a maggioranza musulmana e le norme consuetudinarie musulmane, così come adottate dalle comunità e/o dalle cerchie familiari musulmane locali[6].

Tutti i musulmani riconoscono e condividono due fonti primarie del diritto islamico: il *Qur'ān* e la *Sunnah*[7]. La fonte principale del diritto islamico è il Corano, che viene tradizionalmente descritto come il messaggio rivelato verbalmente da Dio (*Allāh*) al Profeta Muḥammad[8]. La rivelazione fu

---

[3]. Ulteriori dettagli concernenti gli informatori della ricerca si possono trovare *supra*, nel capitolo I, paragrafo 6.4.

[4]. Esistono tuttavia diversi livelli di lettura e l'analisi etimologica è complessa. Per approfondire ulteriormente, si vedano *inter alia* R. Aluffi, *Šari'a*, in *Enciclopedia giuridica*, VIII, 2015, pp. 741-754; F. Castro, *Il modello islamico*, cit., alle pp. 9-10; A.E. Mayer, *The shari'ah: A methodology or a body of substantive rules?*, in N. Heer (a cura di), *Islamic law and jurisprudence*, London, University of Washington Press, 1990, pp. 177-198; S.G. Vesey-Fitzgerald, *Nature and sources of the Shariʿa*, in M. Khadduri e H.J. Liebesny (a cura di), *Origin and development of Islamic law*, Clark, NJ, The Lawbook Exchange, 2008, pp. 85-112; S. Zubaida, *Law and Power in the Islamic World*, London, I.B. Tauris, 2003, alle pp. 10-19. Si veda anche *Qur'ān* V: 48; XLII: 13 e 42; XLV:18. Quanto illustrato è da riternersi valido anche per i vocaboli e i verbi derivanti dalla stessa radice della parola araba *sharīʿah.*

[5]. Più precisamente, gli atti umani sono suddivisi in cinque *aḥkām:* doverosi/obbligatori (*farḍ, wāğib*), raccomandati (*mandūb, mustaḥabb*), indifferenti (*mubāḥ*), riprovevoli (*makrūh*) e proibiti (*ḥarām*). Si veda ad esempio Schacht, *An introduction to Islamic law*, cit., alle pp. 120-124; Id., *Introduzione al diritto musulmano*, Torino, Fondazione Giovanni Agnelli, 1995, alle pp. 129-132. Per una prospettiva musulmana su quanto è lecito (*ḥalāl*) e quanto è invece proibito (*ḥarām*), si veda anche Y. al-Qaradawi, *The Lawful and the Prohibited in Islam - Al-Halal Wal Haram Fil Islam*, Cairo, al-Falah Foundation and American Trust Publications, 1999.

[6]. La parola *islām* deriva dal verbo arabo *sallama li...* che significa «sottomettersi a... [la volontà di Dio]». *Muslim* è il participio dello stesso verbo e significa pertanto «sottomesso». Si veda anche F. Sona, *Defending the family treasure-chest: Navigating Muslim families and secured positivistic islands of European legal system*, in P. Shah, M.C. Foblets e M. Rohe (a cura di), *Family, Religion, and Law: Cultural Encounters in Europe*, Farrnham, Ashgate, 2014, pp. 115-141, at p. 116; Id., *Griglie di lettura ed analisi dell'islam europeo. Diritto interculturale e relazioni sciaraitiche*, in «Stato, Chiese e pluralismo confessionale», 40, 2016, 1-33, alle pp. 17-18.

[7]. Il significato letterale di queste due parole arabe è rispettivamente «recitazione» e «abitudine». Secondo la definizione tradizionale, *Qur'ān, Sunnah*, consenso e ragionamento analogico sono i fondamenti della giurisprudenza islamica (*uṣūl al-fiqh*). Si vedano *inter alia* F. Castro, *Diritto musulmano e dei paesi musulmani*, in *Enciclopedia giuridica*, IV, 1985, pp. 1-18; Id., *Il modello islamico*, cit., alle pp. 12-24; M.A. Baderin (a cura di), *Islamic legal theory*, Farnham, Ashgate, 2014, at pp. XI-XXXVII; L.Y. De Bellefonds, *Traité de droit musulman comparé*, Paris, La Haye, 1965, alle pp. 17-50; Hallaq, *An Introduction to Islamic Law*, cit., at pp. 14-30; Schacht, *An introduction to Islamic law*, cit., alle pp. 112-115; Id., *Introduzione al diritto musulmano*, cit., alle pp. 123-124.

[8]. Si veda *Qur'ān* III: 4,7; IV: 82; VI: 114, 155-157; VII: 2; XVIII: 1; XX: 2-4; XXI: 50; XXIX: 46-49; XXXII: 2; XXXVIII: 1-8; XL: 2; XLI: 2, 41-42; XLII: 17; XLV: 2; XLVI: 2.

trascritta dai compagni del Profeta in centoquattordici capitoli (*suwar*, plurale di *sūrah*), che sono suddivisi in versetti (*āyāt*, plurale di *āyah*)[9]. La *Sunnah* è la seconda fonte scritta primaria del diritto islamico e può essere definita come la testimonianza (trasmessa oralmente) del modo di vivere del Profeta Muḥammad, documentato dagli *aḥādīth* (plurale di *ḥadīth*). Gli *aḥādīth* raccontano la vita del Profeta come modello di comportamento e stabiliscono nei particolari insegnamenti, detti, pratiche e condotta del Profeta e dei suoi Compagni.

La giurisprudenza islamica (*fiqh*)[10] pertanto riconosce e si basa su diverse fonti e/o metodi. Le altre fonti del diritto islamico (quali, ad esempio, consenso e ragionamento analogico) sono ordinate gerarchicamente in modo differente a seconda delle varie e numerose denominazioni, correnti, rami, sottogruppi e scuole di pensiero. Esistono di conseguenza interpretazioni diverse in merito alle tecniche di riproduzione assistita (TRA) e alla procreazione medicalmente assistita (PMA o RMA) conformi alla *sharīʿah*[11]. Anche all'interno dello stesso gruppo islamico, inoltre, potrebbero spesso esserci (autorevoli) pareri e/o decisioni (*fatāwā*, plurale di *fatwā*) divergenti.

Nelle due fonti scritte primarie del diritto islamico sopracitate, le tecniche di riproduzione e procreazione medico-assistita non sono trattate. I giurisperiti islamici e le autorità religiose fanno pertanto riferimento alle fonti di diritto islamico ed ai testi antichi al fine di meglio delineare i confini entro i quali una famiglia può essere definita «*ḥalāl*» e verificare quali tipi di trattamenti di fertilità possano essere considerati conformi alla *sharīʿah*[12]. Secondo quanto chiarito dal mondo accademico, i

---

[9]. I giurisperiti distinguono generalmente i versetti coranici in meccani e medinesi; i primi furono rivelati alla Mecca tra il 610 e il 622, mentre i secondi a Medina fino al 632. Uno studio si trova *inter alia* in P. Branca, *Il Corano. Il libro sacro della civiltà islamica*, Bologna, Il Mulino, 2001; M. Campanini, *Il Corano e la sua interpretazione*, Roma-Bari, Laterza, 2008; M.A. Draz, *Introduction to the Quran*, London, New York, I.B. Tauris, 2000; J.D. McAuliffe (a cura di), *The Cambridge Companion to the Qur'ān*, Cambridge, CUP, 2007; A. Rippin (a cura di), *Approaches to the History of the Interpretation of the Qurʾan*, Oxford, Clarendon, 1988.

[10]. Letteralmente, questo termine può essere tradotto con «conoscenza approfondita»; viene utilizzato, solitamente, per indicare il processo di comprensione messo in atto dai dottori della legge per cogliere l'essenza della legge islamica a partire dall'interpretazione delle fonti. Si vedano T.J. Alwani, *Uṣūl al-fiqh al-'islāmī. Source methodology in Islamic jurisprudence*, (II ed.), London, International Institute of Islamic Thought, 1993; O. Arabi, *Studies in modern Islamic law and jurisprudence*, L'Aia, Kluwer Law International, 2001; W.B. Hallaq, *A history of Islamic legal theories: An introduction to Sunnī uṣūl al-fiqh*, Cambridge, CUP, 1997; M.H. Kamali, *Principles of Islamic jurisprudence*, III ed., Cambridge, Islamic Texts Society, 2003; A.A. Qadri, *Islamic jurisprudence in the modern world. A reflection upon comparative study of the law*, Bombay, N.M. Tripathi private Ltd, 1963.

[11]. In merito a tale terminologia si veda *supra*, capitolo I, paragrafo 2.

[12]. Un'analisi approfondita in merito alla bioetica islamica trascende l'obiettivo del presente lavoro. Un'introduzione si trova *inter alia* in Al-Bar e Chamsi-Pasha *Contemporary Bioethics IslamicPerspective*, Dordrecht, Springer, 2015, Atighetchi *Islamic Bioethics: Problems and Perspectives*, Dordrecht, Springer, 2007; Id., *Islam e bioetica*, Roma, Armando, 2009; Id., *Aspects of the Management of the Rising Life Comparing Islamic Law and the Laws of Modern Muslim States – De la manière de considérer l'aube de la vie: une comparaison entre droit musulman et droits des États musulmans contemporains*, in «Droit et Cultures, Actualités du droit musulman: genre, filiation et bioéthique», 59, 2010, pp. 305-329; Id., *Islamic perspectives on vulnerable groups*, in J. Tham, A. Garcia e G. Miranda (a cura di), *Religious Perspectives on Human Vulnerability in Bioethics*, Dordrecht, Springer, 2014, pp. 175-191; Id., *Human rights and bioethics, an Islamic overview*, in Tham, Garcia e Miranda (a cura di), *Religious Perspectives on Human Vulnerability in Bioethics*, cit., pp. 231-242; M. Clarke *Islam, kinship and new reproductive technology*, in «Anthropology Today», 22, 5, 2006, pp. 17-20; Id., *Shiite perspectives on kinship and new reproductive technologies*, in «ISIM Review», 17, Spring, 2006, pp. 26-27; Id., *The modernity of milk kinship*, in «Social Anthropology», 15, 3, 2007, pp. 271-411; Id., *Closenessin the Age of Mechanical Reproduction: Debating Kinship and Biomedicine in Lebanon and the Middle East*, in «Anthropological Quarterly», 80, 2, Kinship and Globalization, Spring, 2007, pp. 379-402; Id., *Islam and New Kinship: Reproductive Technology and the Shariah in Lebanon*, NY, Oxford, Berghahn, 2009; H.E. Fadel, *The Islamic Viewpoint On New Assisted Reproductive Technologies*, in «Fordham Urban Law Journal», 30, 1, 2002, pp. 147-157; Id., *Islamic Shari'ah Rulings on New*

giurisperiti islamici si basano su concetti tratti dal *fiqh* tradizionale per giustificare il ricorso alle TRA e/o alla PMA[13].

Reproductive Choices, in «Journal of the Islamic Medical Association of North America», 37, 2005, pp. 70-77; M. Ghaly, *Islamic Perspectives on the Principles of Biomedical Ethics*, London, World Scientific Publishing, 2016; Z.B. Gürtin, M.C. Inhorn e S. Tremayne, *Islam and Assisted Reproduction in the Middle East: Comparing the Sunni Arab World, Shia Iran and Secular Turkey*, in S.D. Brunn e D.A. Gilbreath (a cura di), *The Changing World Religion Map. Sacred Places, Identities, Practices and Politics*, Dordrecht, New York, London, Heidelberg, Springer, 2015, pp. 3137-3153; K. Hampshire, e B. Simpson (a cura di), *Assisted reproductive technologies in the third phase. Global encounters and emerging moral worlds*, New York, Oxford, Berghahn, 2015, alle pp. 1-91; J. Kelsay, *Islam and medical ethics*, in P.F. Camenisch (a cura di), *Religious Methods and Resources in Bioethics*, Dordrecht, Springer, 1994, pp. 93-107; M.C. Inhorn, *Quest for Conception Gender, Infertility and Egyptian Medical Traditions*, Philadelphia, University of Pennsylvania Press, 1994; Id., *Local Babies, Global Science: Gender, Religion and In Vitro Fertilization in Egypt*, London, Routledge, 2003; Id., *Fatwas and ARTs: IVF and Gamete Donation in Sunni v. Shi'a Islam*, in «Journal of Gender, Race & Justice», 9, 2, 2005, pp. 291-318; Id., *Making muslim babies: IVF and gamete donation in sunni versus shi'a islam*, in «Culture, Medicine and Psychiatry», 30, 4, 2006, pp. 427-450; Id., *Reproduction: New Technologies*, in S. Joseph e A. Nămabadi (a cura di), *Encyclopedia of Women & Islamic Cultures: Family, Body, Sexuality and Health*, vol. III, 2006, pp. 350-352; Id., *The New Arab Man: Emergent Masculinities, Technologies, and Islam in the Middle East*, Princeton, Princeton University Press, 2012; Id., *(Islamic), ART Journeys and moral pioneers. New reproductive technologies in Islamic local moral worlds*, in Hampshire e Simpson (a cura di), *Assisted reproductive technologies in the third phase. Global encounters and emerging moral worlds*, cit.; Id., *The New Arab Man: Emergent Masculinities, Technologies, and Islam in the Middle East*, in *Key Issues in Religion and World Affairs*, Boston, Institute on Culture, Religion & World Affairs, pp. 1-14; M.C. Inhorn e Z.B. Gürtin, *Infertility and Assisted Reproduction in the Muslim Middle East: Social, Religious, and Resource Considerations*, in «Facts, Views and Vision in Obstetrics and Gynecology», Monograph, 2012, pp. 24-29; M.C. Inhorn e S. Tremayne (a cura di), *Islam and Assisted Reproductive Technologies: Sunni and Shia Perspectives*, New York, Oxford, Berghahn, 2012; id., *Islam, Assisted Reproduction, and the Bioethical Aftermath*, in «Journal of Religion and Health», 55, 2, April 2016, pp. 422-430; S. Islam, *Ethics of Assisted Reproductive Medicine. A Comparative Study of Western Secular and Islamic Bioethics*, London, International Institute of Islamic Thought, 2013; S. Islam *et al.*, *Ethics of Human Cloning: A Comparative Study of Western Secular and Islamic Bioethics Perspectives*, in «Bangladesh Journal of Medical Science», 11, 4, 2012, pp. 258-266; S. Islam *et al.*, *Ethics of surrogacy: A comparative study of Western secular and islamic bioethics*, in «Journal of IMA Islamic Medical Association of North America», 44, 1, 2013, pp. 1-7; G. Ragozzino, *L'Islam e la bioetica. Principi di bioetica comune*, Napoli, Edizioni Scientifiche Italiane, 1998; A. Sachedina, *Islamic Biomedical Ethics: Principles and Application*, Oxford, OUP, 2009; J.G. Schenker, *Assisted reproductive practice: Religious perspectives*, in «Reproductive BioMedicine Online», 10, 3, 2005, pp. 310-319; Id., *Ethical Dilemmas in Assisted Reproductive Technologies*, Berlin, DEG, 2011; G.I. Serour, *Religious perspectives of ethical issues in ART*, in «Middle East Fertility Society Journal», 10, 3, 2005; Id., *Islamic perspectives in human reproduction*, in «Reproductive BioMedicine Online», 17, 3, 2008, pp. 34-38; Id., *Islamic laws and reproduction*, in J.G. Schenker (a cura di), *Ethical Dilemmas in Assisted Reproductive Technologies*, Berlin, DEG, pp. 333-342; Id., *Ethical issues in human reproduction: Islamic perspectives*, in «Gynecological Endocrinology», 29, 11, 2013, pp. 949-952; G.I. Serour *et al*., *Infertility: A health problem in the Muslim world*, in «Population Sciences», 10, 1991, pp. 41-58; G.I. Serour *et al*. (a cura di), *International Conference on «Bioethics in Human Reproduction Research in the Muslim World» (1st 1991 Cairo Egypt), Markaz al-Dawli al-Islami lil-Dirasat waal-Buḥuth al-Sukkaniyah. Ethical guidelines for human reproduction research in the Muslim world: Based on highlights, papers, discussions, and recommendations of the the [sic] First International Conference on Bioethics in Human Reproduction Research in the Muslim World, Cairo 10-13th December 1991*, Cairo, Al-Azhar University, International Islamic Center for Population Studies and Research, 1992; G.I. Serour *et al*., *Bioethics in medically assisted conception in the Muslim World*, in «Journal of Assisted Reproduction and Genetics», 12, 9, 1995, pp. 559-565 e M.S. Yeprem, *Current assisted reproduction treatment practices from an Islamic perspective*, in «Reproductive BioMedicine Online», 14, 1, 2007, pp. 44-47. Nel presente capitolo, i paragrafi seguenti si basano sulle fonti sopracitate. Ulteriori dettagli bibliografici sono riportati in calce al volume.

[13]. Mahmoud parla ad esempio di «soluzione equa» (*equitable solution*), si veda F. Mahmoud, *Controversies in Islamic evaluation of assisted reproductive technologies*, in Inhorn e Tremayne (a cura di), *Islam and Assisted Reproductive Technologies: Sunni and Shia Perspectives*, cit., pp. 70-97. Houot fa riferimento a necessità e interesse pubblico; si veda S. Houot, *Islamic jurisprudence (Fiqh), and assisted reproduction: Establishing limits to avoid social disorders*, in Inhorn e Tremayne (a cura di), *Islam and Assisted Reproductive Technologies: Sunni and Shia Perspectives*, cit., pp. 53- 69. See also S. Houot, *Des usages éthiques du droit islamique: une réponse aux enjeux posés par la*

Oggigiorno, disposizioni e linee guida devono pertanto essere reperite da pareri legali, opinioni giuridiche, pronunce, raccomandazioni o risoluzioni, formulati *ad hoc* ed emessi da alcune organizzazioni scientifiche religiose islamiche, organismi di ricerca biomedica, congressi e conferenze pan-musulmane[14]. Le linee guida musulmane più frequentemente citate includono le seguenti:

- risoluzioni del Consiglio del Fiqh islamico (Islamic Fiqh Council), dal 1984;
- risoluzioni dell'Accademia di Fiqh (Diritto Musulmano) di Jeddah (OIC);
- raccomandazioni della prima conferenza internazionale sulla bioetica nella riproduzione umana nel mondo musulmano, tenutasi al Cairo (1991);
- raccomandazioni del seminario sulle implicazioni etiche dell'uso di tecnologie della riproduzione assistita per il trattamento dell'infertilità umana, tenutosi al Cairo (1997);
- raccomandazioni della conferenza internazionale su popolazione e salute riproduttiva nel mondo musulmano, tenutasi al Cairo (1998);
- raccomandazioni del seminario internazionale sulle implicazioni etiche delle TRA, tenutosi presso l'Università al-Azhar del Cairo e presso il Centro islamico internazionale per gli studi e la ricerca demografici (IICPSR, ossia International Islamic Center for Population Studies and Research) di al-Azhar (2000);
- dichiarazioni dell'Organizzazione islamica per le scienze mediche (IOMS) emesse in Kuwait (1983 e 1997);
- *Fatāwā* dell'Accademia internazionale del Fiqh islamico (International Islamic Fiqh Academy) e del Centro islamico internazionale per gli studi e la ricerca demografici (IICPSR), convenuti presso l'Università al-Azhar (1986);
- *Fatāwā* del Consiglio europeo per la *fatwā* e la ricerca (ECFR, European Council for Fatwa and Research).

Ulteriori linee guida in merito a TRA e PMA conformi alla *sharīʿah* possono essere reperite nei codici di deontologia medica, quali il Codice islamico di etica medica approvato dall'organizzazione internazionale di medicina islamica e dall'associazione medica islamica del Sud Africa (International Organization of Islamic Medicine, Islamic Medical Association of South Africa) e il codice etico del Consiglio medico e odontoiatrico del Pakistan (Pakistan Medical and Dental Council)[15].

---

reproduction médicalement assistée, in «Droit et Cultures, Actualités du droit musulman: genre, filiation et bioéthique», 59, 2010, pp. 331-355.

[14]. Come sottolinea Krawietz, «Occorre rivolgersi alle fonti, anziché a *fatāwā* spesso troppo sintetiche. Non è possibile dare risposte spontanee e apodittiche quando si tratta di complesse procedure mediche. Nella seconda metà del ventesimo secolo, si sono pertanto formati alcuni comitati islamici internazionali». Si veda B. Krawietz, *Sharia and medical ethics*, in P. Rudolph e P. Bearman (a cura di), *The Ashgate Research Companion to Islamic Law*, Oxon, Ashgate, Routledge, 2016, pp. 291-306, a p. 296. Per un ulteriore dibattito su fonti e metodi islamici, si veda *inter alia* M.K. Masud, B. Messick e D.S. Powers (a cura di) *Islamic legal interpretation: Muftis and their fatwas*, Oxford, OUP, 1996.

[15]. Si veda IMANA Ethics Committee, *Islamic medical ethics: The IMANA Perspective*, in «Journal of the Islamic Medical Association of North America», 37, 2005, pp. 33-42; Id., *Islamic medical ethics: The IMANA Perspective*, in «JK-Practitioner», 12, 4, 2005, pp. 231-237; IOIM, International Organization of Islamic Medicine, Islamic Medical Association of South Africa, *Islamic code of medical ethics*, Qualbert, Kuwait document, 1982. Si veda altresì International Islamic Center for Population Studies and Research, *Islamic Manual of Family Planning*, Cairo, IICPSR, 1998.

In aggiunta, i documenti pubblicati dai comitati e dalle organizzazioni scientifiche e/o religiose sotto riportati sono anch'essi spesso considerati quali prescrizioni sciaraitiche attendibili secondo alcuni pazienti e professionisti medico-sanitari musulmani:

- Assemblea della ricerca islamica (Assembly of Islamic Research);
- Consiglio della giurisprudenza islamica (Islamic Jurisprudence Council, connesso alla Lega musulmana mondiale);
- Accademia internazionale di giurisprudenza islamica (International Academy of Islamic Jurisprudence, connesso all'Organizzazione della cooperazione islamica);
- Linee guida nazionali sull'etica per la ricerca biomedica (National Ethical Guidelines for Biomedical Research).

Oltre alle fonti summenzionate, si fa solitamente riferimento a pareri giuridici e giurisprudenza islamica[16]. Le *fatāwā* più frequentemente citate sono due: la *fatwā* emessa nel 1980 da Jad al-Haq in veste di Gran *muftī* d'Egitto[17] e la *fatwā* pronunciata nel 1999 dall'*āyatollāh* Ali Hussein Khamene'i in qualità di guida religiosa della Repubblica iraniana (successore dell'*āyatollāh* Khomeini)[18]. La prima legittimava le TRA per i musulmani sunniti, a condizione che, in conformità con la *sharīʿah*, le parti fossero marito e moglie; la seconda consentiva invece il ricorso a tecniche di PMA alle coppie musulmane (coniugate) sciite.

Sunnismo e sciismo vanno infatti indicati quali principali denominazioni musulmane e comprendono varie correnti, ramificazioni e scuole di pensiero giuridico[19]. La maggior parte dei musulmani si definisce sunnita[20]; alcuni genitori intenzionali musulmani possono tuttavia rifarsi a principi e norme sciiti per quanto concerne i trattamenti di fertilità[21], come verrà esaminato nelle sottosezioni del paragrafo 6 e nei capitoli IV e V.

---

[16]. Una discussione sulle *fatāwā* si trova, ad esempio, in A. Black, E. Hossein e H. Nadirsyah, *Modern perspectives on Islamic Law*, Cheltenham, Edward Elgar, 2013 alle pp. 83-106.

[17]. Una sintesi in lingua inglese si trova in D. Atighetchi, *Islamic Bioethics: Problems and Perspectives*, cit.

[18]. Una sintesi in lingua inglese si può trovare in M.C. Inhorn, *Globalization and gametes: Reproductive «tourism», Islamic bioethics, and Middle Eastern modernity*, in «Anthropology & Medicine», 18, 2011, pp. 87-103; Id., *Globalization and gametes*, in C.H. Browner e C.F. Sargent (a cura di), *Reproduction, Globalization, and the State: New Theoretical and Ethnographic Perspectives*, London, Duke University Press, 2011, pp. 126-137.

[19]. Ulteriori dettagli si possono trovare in S. Akhter, *Faith & Philosophy of Islam*, Delhi, Kalpaz, 2009, alle pp. 171-186; A.S. El-Kosheri, *Islamic schools of law*, in C. Bar (a cura di), «Islamic Law and its reception by the courts in the West», Köln, 1999, pp. 35-46; A. Ventura, *Confessioni scismatiche, eterodossie e nuove religioni sorte nell'islam*, in G. Filoramo (a cura di), *Islam*, Roma- Bari, Laterza, 2007, pp. 309-401; Hallaq, *An Introduction to Islamic Law*, cit., alle pp. 31-37; Schacht, *An introduction to Islamic law*, cit., pp. 23-74; Id., *Introduzione al diritto musulmano*, cit., alle pp. 27-79.

[20]. Secondo il Pew Research Center's Forum on Religion & Public Life, la stragrande maggioranza dei musulmani è sunnita. Su scala mondiale, le percentuali della popolazione musulmana sciita oscillano tra il 20% e il 10% e, tra questi, il 68%-80% vive in Iran, Pakistan, India e Iraq. Si veda PRC, Pew Research Center's Forum on Religion & Public Life, *The Global Religious Landscape*, Roma, Pew Research Center, 2012, a p. 21; e Id., *The Future of the Global Muslim Population. Projections for 2010-2050. Why Muslims Are Rising Fastest and the Unaffiliated Are Shrinking as a Share of the World's Population*, Washington, Pew Research Center, 2015, a p. 232. Si veda anche Id., *Mapping the Global Muslim Population. A Report on the Size and Distribution of the World's Muslim Population*, Washington, Pew Research Center, 2009, alle pp. 1-2 e 8-9. In Italia, i musulmani sciiti sono prevalentemente cittadini albanesi, marocchini e iraniani (oggigiorno spesso naturalizzati italiani). Per ulteriori dettagli si veda Menonna, *La presenza musulmana in Italia*, in «Fact sheet ISMU», 1-5 giugno 2016, a p. 4. Si veda altresì *supra*, capitolo I, paragrafo 5.

[21]. Per un'introduzione alle teorie sunnite e sciite del diritto islamico, si vedano rispettivamente M.I. Dien, *Introduction to Islamic law: The Sunni tradition*, Edinburgh, Edinburgh University Press, 2004; and Hallaq, *A history of Islamic legal*

3. L'importanza della procreazione

La *sharīʿah* promuove la riproduzione umana e favorisce alti tassi di natalità tra i coniugi musulmani. Il Corano esorta i musulmani a generare prole[22] e, in alcuni paesi a maggioranza musulmana, la procreazione venne persino considerata quale dovere nazionale[23]. Una risoluzione adottata dall'Islamic Fiqh Council proibisce inoltre il controllo delle nascite, con la motivazione che tale pratica sarebbe contro la natura umana e violerebbe, pertanto, le disposizioni del *Qur'ān* e della *Sunnah*. Il testo sotto riportato delucida le questioni sollevate dal Consiglio.

> In considerazione del fatto che la *shari'ah* islamica prescrive che la popolazione musulmana cresca e si diffonda e considera questo un grande privilegio donato da *Allah* Onnipotente agli esseri umani, e poiché molte disposizioni scritte del *Qur'an* e della *Sunnah* indicano che il controllo delle nascite o l'uso di metodi contraccettivi sono contro la natura umana, sulla quale *Allah* ha creato gli esseri umani. Ciò è contrario anche alla *Shari'ah* islamica, scelta da *Allah* Onnipotente per i Suoi servitori. Considerato anche che i sostenitori di tale concetto sono un gruppo il cui scopo è tramare contro i musulmani, riducendone la popolazione in modo tale da prendere il controllo dei paesi musulmani e ridurre in schiavitù il loro popolo, per sfruttarne le risorse e le ricchezze, e poiché un tale pensiero rappresenta una sorta di *Jahiliyah* (periodo di ignoranza pre-islamico) e un'offesa nei confronti di *Allah* Onnipotente, poiché indebolisce l'entità islamica che trae la propria forza dalla crescita del potenziale umano, l'Islamic Fiqh Council decreta all'unanimità che il controllo delle nascite non è assolutamente consentito e che, allo stesso modo, i metodi contraccettivi non sono ammessi qualora siano motivati dal timore della povertà, […][24].

Il desiderio di genitorialità è altresì descritto quale componente innata della natura umana in alcune analisi di bioetica islamica contemporanea[25]. Lo studio proposto da Al-Bar e Chamsi-Pasha puntualizza, ad esempio, il ruolo decisivo del desiderio di prole nell'*islām*, religione che «pone grande e inequivocabile enfasi su un'alta fertilità»[26]. Il mondo accademico ha infatti sottolineato il carattere natalista della legge islamica. Sachedina, tra gli altri, descrive la procreazione come un obbligo divino, una sorta di imperativo morale per i musulmani coniugati osservanti. Citando le sue parole,

> [quello] che è chiaro è che gli aspetti morali connessi a tali questioni [ad esempio, pianificazione familiare, controllo della fertilità e aborto] sono strettamente legati agli atteggiamenti culturali concernenti l'esigenza di

---

theories: An introduction to Sunni uṣul al-fiqh, cit.; M.B. al-Ṣadr, *Principles of Islamic jurisprudence according to Shi'i Law*, London, ICAS Press, 2003; e M.Y.K. Far (a cura di), *A Selection of Islamic Laws Based on the verdicts of Grand Ayatollah Yousof Saanei*, Qom, Feqh, 2007.

22. Si vedano ad esempio i seguenti *āyāt* XVI: 72; XVIII: 46; XXV: 74.

23. A titolo esemplificativo, durante il conflitto tra Iraq e Iran, le donne irachene avevano il dovere imposto dal governo di partorire almeno cinque figli. Si veda A.A. An-Na'im (a cura di), *Islamic family law in a changing world. A global resource book*, London, Zed Books, a p. 101.

24. Resolution No. 1, III Session, 23-30 Rabi Al-Aakhir 1400H, in Islamic Fiqh Council, *Resolutions of Islamic Fiqh Council. Makkah Mukarramah, from 1st to 18th Sessions, during 1398-1427H (1977-2006)*, Makkah, Muslim World League, 2007, alle pp. 75-77.

25. Cfr. C.S. Ford, *A Comparative Study of Human Reproduction*, New Haven, Yale University Press, 1945.

26. M.A. Al-Bar e H. Chamsi-Pasha, *Contemporary Bioethics Islamic Perspective*, cit., alle pp. 173-174.

avere figli quale requisito dell'essere uomo e donna. La procreazione è accolta come un obbligo divino, posto che non rechi danno a nessuno dei coniugi[27].

Adottando una prospettiva islamica, infertilità e sterilità divengono pertanto questioni particolarmente problematiche e controverse. Il bisogno di procreare veniva infatti espresso da tutti i pazienti musulmani, nonché riferito sia dai prestatori di assistenza sanitaria sia dai mediatori culturali[28] durante le interviste. Analogamente, le figure religiose promuovevano la grande desiderabilità di procreazione e genitorialità per i musulmani osservanti. Gli informatori esprimevano in vario modo tale priorità citando brani tratti dal Corano[29].

Benché la procreazione non sia l'unico e più alto proposito del matrimonio per l'*islām*[30], dare la vita è costantemente descritto come un atto naturale e viene spesso percepito come una sorta di dovere religioso nell'ambito delle comunità musulmane locali. Le parole scelte da alcune figure religiose possono aiutare a chiarire meglio questi punti. Il presidente di un'organizzazione islamica riconosciuta a livello nazionale affermava, ad esempio, che l'*islām* incoraggia il matrimonio e la procreazione quali parte della vita naturale degli esseri umani[31]; elaborava ulteriormente tale concetto dichiarando che:

> L'*islām* invita gli [esseri] umani a sposarsi – senz'altro per formare una famiglia – ma certamente uno dei motivi [per cui sposarsi] è anche quello di avere figli… perché in effetti la società, il mondo non possono progredire se non c'è crescita… e spesso intendiamo questa [crescita] in termini demografici. Una delle cose più naturali per gli esseri umani – uomini e donne – è quindi generare una discendenza, avere dei figli… ovviamente, non solo nel senso di metterli al mondo, ma di educarli perché diventino bravi cittadini.

A Torino, uno degli *imām* intervistati evidenziava, in modo analogo, quella che può essere definita «l'innata umana propensione naturale alla procreazione», adducendo ulteriori argomenti (fondati sulla *sharīʿah*) a favore di una prole musulmana numerosa. Citando le sue parole:

> I figli nell'*islām* sono molto importanti! Uno. Questa è natura. A un uomo piace avere figli: è naturale! Anche in Europa, avevate cinque o sei figli… Il Profeta Muḥammad (PBSL) ci dice di fare molti figli per diverse ragioni... Due. Due o tre figli rappresentano la continuazione del mio bene sulla Terra; questo è il nostro insegnamento. Tre. La *Ummah* cresce; la società collaborativa diventa una moltitudine.

Per i coniugi musulmani, il chiaro invito a procreare rientra pertanto nel diritto-dovere islamico a sposarsi e contribuire ad accrescere la comunità musulmana nel mondo. Altri *a'immah* locali sostenevano gli stessi punti, accennando al fatto che «la procreazione è un dono naturale, un privilegio, una benedizione» e che «gli uomini e le donne sono stati creati anche – ma non solo – per questo: per riprodursi!».

---

[27]. A. Sachedina, *Islamic Biomedical Ethics: Principles and Application*, Oxford, OUP, a p. 127.
[28]. In merito a tale punto, si veda *supra*, capitolo I, paragrafi 6.2-6.3 e *infra*, capitolo IV, paragrafo 2.6.
[29]. *Qur'ān* (XVII: 32; XXIV: 2, 4-5).
[30]. *Qur'ān* (II: 187; VII: 189; XXX: 21).
[31]. In riferimento al concetto di natura nell'*islām*, si veda *inter alia* A.M. Emon, *Islamic natural law theories*, Oxford, OUP, 2012, e Y. Mohamed, *Human nature in Islam*, Kuala Lumpur, A.S. Noordeen, 1998. In merito alla natura in relazione alla procreazione assistita, si veda I. Bertini, *Nuove forme di genitorialità e filiazione. Uso e abuso del richiamo alla natura*, Bologna, Il Mulino, 2018.

Da un punto di vista più pragmatico, la procreazione non è connessa unicamente alla crescita numerica della popolazione musulmana globale (*Ummah*), ma anche a questioni di cura entro la rete familiare allargata. A titolo esemplificativo, il direttore di un centro di culto islamico di Torino affermava quanto segue: «Nell'*islām*, è essenziale avere figli! In pratica, la nuova generazione restituisce il pane ai genitori… Perciò, bisogna avere figli! E poi… più siamo, meglio è!». Tuttavia, ammetteva altresì che generare una prole numerosa può rivelarsi un compito arduo per le coppie musulmane, specialmente nel caso in cui i coniugi siano stranieri residenti in paesi europei; usando le sue stesse parole:

> Ma qui, oggigiorno, con le difficoltà da affrontare – l'istruzione, i soldi… è un po' difficile, per cui… fanno fatica. Anche nel mondo islamico… Il mondo arabo si sta avvicinando all'Occidente. Qui, [i coniugi musulmani] ne fanno uno o due [figli] e poi si fermano… Nei paesi islamici, magari arrivano anche fino a dieci [bambini]… ma la maggior parte – oggi – uno o due [figli]… non riescono più a cavarsela. […] Come si suol dire: due sono pochi, tre son troppi. Ma per la religione non è così!

I musulmani che vivono in Europa potrebbero tentare di adeguare questa sorta di «imperativo naturale procreativo islamico» alle proprie esigenze quotidiane, come suggerito da alcune figure religiose locali nel corso delle interviste. In linea con l'andamento europeo, la dimensione familiare ideale si sta in effetti riducendo anche per i musulmani[32].

La dottrina islamica rimane comunque decisamente natalista; ne deriva che sui genitori musulmani intenzionali grava una forte pressione a procreare da parte sia della società sia della famiglia allargata. Tale aspetto è stato chiaramente percepito dai professionisti medico-sanitari intervistati nei centri di PMA di Torino[33]. Dal punto di vista del diritto islamico, la riproduzione umana medico-assistita non è tuttavia l'unica né, talvolta, la prima alternativa per le coppie musulmane che intendano concepire un figlio. Infertilità e sterilità possono in realtà essere interpretate e affrontate in diversi modi, come chiarito nei paragrafi seguenti.

4. Rimedi tradizionali all'assenza di prole conformi alla sharīʿah

Tradizionalmente, nel caso in cui i coniugi musulmani affrontino difficoltà procreative, possono fare affidamento sui seguenti rimedi sciaraitici all'assenza involontaria di prole: atti di culto, divorzio, poliginia, affidamento e tutela di minori. Con il passare del tempo, alcuni trattamenti di fertilità (TRA e/o PMA) sono stati gradualmente inseriti nella lista dei percorsi alternativi alla genitorialità consentiti dall'*islām*. Alcuni principi tradizionali islamici sono stati così usati al fine di giustificare e regolamentare forme di filiazione e genitorialità di nuova creazione. In alcuni casi, i genitori intenzionali musulmani possono ricorrere a trattamenti di fertilità; in altri, combinano rimedi «vecchi»

---

[32]. Si vedano *inter alia* Nargund, *Declining birth rate in Developed Countries: A radical policy rethink is required*, in «Facts, views and vision in obstetrics and gynaecology», 1, 3, 2009, pp. 191- 193; Collins *et al*., *Europe the continent with the lowest fertility*, in «Human Reproduction Update», 16, 6, 2010, pp. 590-602. Per un ulteriore approfondimento in merito al tasso di fecondità, si veda *infra*, paragrafo 4.

[33]. Si veda *infra*, capitolo IV, paragrafo 6.

e «nuovi» conformi all'*islām* allo scopo di potersi sottoporre a trattamenti di fertilità omologhi o eterologhi[34].

I seguenti sottoparagrafi delineano possibili soluzioni concorrenti offerte dalla *sharīʿah* ai musulmani impossibilitati a concepire, sottolineando al contempo come tali rimedi possano di fatto divenire complementari ai trattamenti di fertilità cui i genitori intenzionali musulmani ambiscono. Le soluzioni tradizionali all'infertilità/sterilità delle coppie vengono indagate operando un confronto tra il punto di vista delle fonti islamiche e delle figure religiose. L'analisi proposta intende fare luce sugli schemi mentali e gli atteggiamenti che condizionano la condotta degli aspiranti genitori musulmani nel momento in cui entrano in contatto con le cliniche della fertilità locali, come verrà ulteriormente illustrato ed esaminato nei capitoli IV e V.

4.1. Atti di culto e accettazione di infertilità e sterilità

Adottando il punto di vista islamico, la gravidanza è paragonabile alla pienezza di spirito raggiunta dai musulmani durante il pellegrinaggio alla città santa della Mecca o nel periodo di digiuno che ha luogo nel nono mese del calendario islamico[35]. In base al *Qur'ān* (IV: 4; XVI: 72), nell'*islām* la procreazione è inoltre considerata come un atto di culto[36]. Gli atti di culto e la preghiera sono di fondamentale importanza nel mondo musulmano. La parola araba *duʿāʾ* viene spesso utilizzata per indicare la pratica religiosa della supplica[37], fondata sul Corano (XL: 60), che recita: «ChiamateMi, ed io vi risponderò.»[38].

Sebbene siano invitati a pregare per un'intercessione, ai credenti musulmani è richiesto soprattutto di accettare il proprio destino con buona volontà e di accontentarsi di quanto Dio ha dato loro. Molti dei giurisperiti islamici e/o direttori dei centri di culto locali intervistati affermavano infatti che i genitori intenzionali musulmani dovrebbero sentirsi appagati dalla loro vita matrimoniale ed «essere in pace con sé stessi». Quale dichiarazione iniziale, citavano uniformemente il seguente versetto coranico: «E in verità coloro che non hanno speranza di incontrarCi e sono soddisfatti della vita della terra, e tranquilli ne godono, e coloro che nessun caso fanno dei Nostri Segni[39]».

---

[34]. Come chiarito *infra*, al paragrafo 5.

[35]. C.I.A. Ferrero, *Concepimento e gestazione: Islam*, in AA. VV., *Salute e identità religiose. Per un approccio multiculturale nell'assistenza alla persona*, Milano, Biblioteca Ambrosiana, CoReIs, e Collegio IPASVI, 2017, p. 126. Il libro menzionato è stato gentilmente messo a disposizione da uno dei soggetti intervistati. In merito al digiuno islamico, si veda *infra*, paragrafo 7.3.1 e capitolo IV, paragrafo 3.2.

[36]. Per un ulteriore approfondimento, si veda Al-Bar e Chamsi-Pasha, *Contemporary Bioethics Islamic Perspective*, cit., alle pp. 163-167.

[37]. Letteralmente, il termine significa «invocazione».

[38]. I brani tratti dal Corano riportano la versione di A. Bausani, (a cura di), *Il Corano*, Firenze, Sansoni, 1961, a p. 349. Le citazioni coraniche riportate nella versione in lingua inglese del presente volume fanno invece riferimento a quanto pubblicato rispettivamente da Dar Qiraat (2010), Umm Muhammed Al-Muntada al-Islami (2004) e Abul Qasim Publishing House (1997), poiché il cosiddetto *The Qur'an: Saheeh International* è ampiamente diffuso e disponibile nei centri di preghiera e pertanto ben noto ai musulmani europei. Si vedano anche A.M.A.S. Haleem (a cura di), *The Qur'an*, Oxford, OUP, 2004 e T. Mahmood, *Law in the Qur'ān: A draft code*, in «*Islamic Comparative Law Quarterly*», VII, 1, 1987, pp. 1-32.

[39]. *Qur'ān* (X: 7).

Gli interlocutori intervistati tuttavia enfatizzavano aspetti differenti. Una delle figure religiose, ad esempio, dichiarava:

In veste di *imām*, vorrei raccomandare che la *ratio* fosse l'unione tra l'uomo e la donna. Poi, Dio può donarvi dei figli oppure no. […] Il fine ultimo del matrimonio non è la procreazione. Se una coppia non ha figli, non significa che sia meno benedetta da Dio rispetto... Non è una famiglia di «serie B»! Non dobbiamo concepire «la famiglia» come se un uomo e una donna fossero meramente strumenti per generare. Questo è sbagliato.

Secondo quanto riportato da questo informatore, un nucleo familiare musulmano è benedetto da Dio indipendentemente dalla capacità riproduttiva dei propri componenti. Egli ha più volte ribadito che, al contrario di quanto avviene in altri credi religiosi, il principale proposito del matrimonio islamico non è la procreazione. Gli aspiranti genitori musulmani potrebbero tuttavia avere qualche difficoltà ad accettare un destino senza prole, pertanto gli atti di culto, così come la conoscenza teologica degli aspetti spirituali della religione, assumono un'importanza cruciale. Coltivare il profilo spirituale della fede può infatti aiutare i coniugi musulmani a reagire all'impossibilità di realizzare il desiderio di progenie.

Altre figure religiose ponevano l'accento sul valore dell'accettazione della volontà divina e delle «vie misteriose di Dio». A titolo esemplificativo, un *imām* sottolineava la necessità di incoraggiare la capacità di accettare e apprezzare le realtà della vita, affermando:

Dio ti dà quello che vuole! È così. Lui sa meglio… di me, di te, ...di tutti noi. Non sai mai perché questo avviene. *Allāh* conosce davvero la verità, i piani… Lui fa ciò che vuole e va bene! Perciò, tu fai quello che pensi sia giusto nell'*islām*, ma non sai mai che cosa succede...

I coniugi musulmani osservanti che accettino con fede il proprio destino godranno quindi di ricompense spirituali. Accogliere con favore il volere divino è un aspetto saliente dell'essere un buon musulmano, sia in vita sia nell'aldilà[40]. I credenti musulmani dovrebbero pertanto abbracciare il proprio destino con fede, anche qualora questo includa infertilità o sterilità – come insegnano gli *a'immah* alle coppie (locali) senza figli.

Alcune figure religiose adducevano ulteriori motivazioni a supporto e chiarimento del concetto di volontà divina. Il direttore di un centro di culto locale, per esempio, spiegava quanto segue:

Destino e Dio sono la stessa cosa. Lo vuoi; non lo vuoi... devi accettarlo! Il *Qur'ān* recita che Dio dà maschi a chi Lui vuole, femmine a chi Lui vuole, e… niente a chi Lui vuole. Forse sarete ricompensati [per questo] nell'Altro Mondo. Forse è meglio così – chi lo sa? – perché vostro figlio potrebbe diventare un cattivo ragazzo, un delinquente …e voi piangereste. In questo modo, no [non lo farete].

Un punto simile veniva sollevato dal responsabile di una moschea torinese:

[40]. Un'introduzione ai molteplici modi di «credere, comportarsi e appartenere» (in inglese *believing, behaving, belonging*) all'*islām* si trova in J. Césari, *Introduction*, in Id. (a cura di), *The Oxford Handbook of European Islam*, Oxford, OUP, pp. 1-20, alle pp. 9-11.

Spesso io dico questo: sai, forse Dio ha avuto ragione [a non darti figli]. Magari avresti dei bambini che non sono bene, che ti danno tanti problemi... Io dico: «*Allāh* mi ama; forse non mi ha dato figli così sarò in pace», tutto qui.

Secondo quanto messo in rilievo da queste figure religiose, poiché Dio vuole unicamente il meglio per i devoti musulmani, quando essi non possano procreare, significa che questo è da ritenersi il percorso di vita migliore possibile; in altre parole, i progetti di Dio sono sempre «di gran lunga migliori» del programma di vita che ciascuna persona possa mai avere in mente per sé stessa. Al fine di chiarire gli aspetti sopracitati, molti *a'immah* descrivevano situazioni ipotetiche che dimostrano come nel progetto di Dio tutto si armonizzi perfettamente. Il comportamento della progenie allevata da una coppia infertile/sterile potrebbe, ad esempio, rivelarsi problematico in futuro. I devoti musulmani senza prole dovrebbero pertanto accettare con gratitudine e persino essere riconoscenti per la propria infertilità/sterilità.

È bene sottolineare che, nell'ottica occidentale, questa potrebbe apparire come una non-soluzione. Adottando una prospettiva religiosa, l'accettazione è tuttavia il primo passo verso una soluzione che potrebbe portare o meno alla gravidanza (tramite metodi tradizionali o medico-assistiti). Per l'*islām*, il problema è comunque risolto una volta che l'assenza di prole venga accettata come parte del progetto divino; dal punto di vista teologico, la medicalizzazione dell'infertilità non è perciò necessaria[41]. Lo schema mentale e l'insegnamento religioso sopra descritti dovranno essere tenuti presenti, poiché utili ad illustrare alcune delle dinamiche che spesso emergono nei rapporti tra pazienti musulmani e responsabili clinici[42].

Nell'affrontare realisticamente e razionalmente alcune situazioni familiari problematiche causate dall'assenza involontaria di discendenza, altre figure religiose davano spiegazioni differenti, pur ponendo in modo analogo l'attenzione sulla centralità della fede. Per alcuni giurisperiti islamici, anche se esistono soluzioni sciaraitiche all'infertilità/sterilità della coppia e un musulmano vi fa ricorso, tali rimedi – inclusi i trattamenti di RMA – potrebbero non risolvere il problema di infertilità/sterilità del genitore intenzionale. Tale eventualità si verifica, solitamente, quando «Dio ha altri progetti» per i coniugi. A titolo esemplificativo, un *imām* locale affermava che:

---

[41]. Per quanto attiene all'idea di infertilità e alla conseguente assenza involontaria di prole considerata come patologia anziché come problema sociale nelle società occidentali, si veda ad esempio F. van Balen e M.C. Inhorn, *Interpreting infertility*, in M.C. Inhorn e F. van Balen (a cura di), *Infertility around theGlobe. New Thinking on Childlessness, Gender, and Reproductive Technologies*, Berkeley, University of California Press, 2002, pp. 3-32, alle pp. 5-7.

[42]. Come ulteriormente delucidato *infra*, nel capitolo IV (paragrafo 3.1), durante le interviste ai pazienti musulmani e ai prestatori di assistenza sanitaria, è stato ripetutamente posto l'accento sul fatto che i genitori intenzionali musulmani abbiano la tendenza ad appellarsi costantemente alla volontà di Dio nel momento in cui sottopongano a trattamenti di fertilità o debbano affrontare complicaze legate alla gravidanza, quali aborti spontanei oppure interruzioni di gravidanza. Detto atteggiamento veniva chiaramente avvertito e riferito dal personale medico-sanitario come un indicatore di identità che contraddistingue (coloro che venivano percepiti come) i pazienti musulmani. La maggior parte dell'organico medico-sanitario delle cliniche di TRA/PMA aveva la sensazione che i pazienti musulmani si fidassero completamente, ma d'altro canto, la continua tendenza a esprimere il bisogno di accettare i piani divini poteva influire negativamente sulla relazione medico-paziente: alcuni medici esternavano infatti il proprio disagio nel trattare con pazienti musulmani conservatori. Nei fatti, in entrambi gli scenari raccontati, la mentalità e i presupposti dei due interlocutori erano piuttosto distanti. La visione della vita fatalista dei musulmani può, però, avere ricadute sulla terapia, come illustrato ad esempio in P.R. Springer, D.A. Abbott e A.M.J. Reisbig, *Therapy with Muslim Couples and Families: Basic Guidelines for EffectivePractice*, in «The Family Journal: Counselling and Therapy for Couples and Families», 17, 3, 2009, pp. 229-235.

> […] se siete nati così [infertili], è accaduto perché lo ha voluto Dio! Che ci crediate o no, anche se spendete molti soldi... se date denaro ai dottori, ai medici… potreste comunque finire per non avere figli. Perché? Perché così ha deciso Dio!

In quest'ottica, gli aspiranti genitori musulmani potrebbero essere più propensi ad attendere a lungo prima di sottoporsi a trattamenti di fertilità in un ospedale pubblico e ad accettare il fallimento di un ciclo di TRA o l'esito negativo di esami genetici prenatali[43].

Abbracciando la mentalità di un musulmano osservante, il ricorso alla preghiera e l'accettazione dell'infertilità possono essere percepiti come una soluzione ausiliaria alle difficoltà procreative della coppia «quasi equivalente» alle tecniche di riproduzione medico-assistita. In base a quanto rivelato dalle osservazioni etnografiche, un simile approccio può infastidire gli specialisti locali che praticano la PMA[44]. L'atteggiamento di alcuni pazienti musulmani non è tuttavia da imputare alla mancanza di fiducia nei rimedi creati dall'uomo, bensì alla fede assoluta nel progetto divino. In merito a tale questione, è opportuno porre l'attenzione su un ulteriore aspetto; il responsabile di un'altra moschea locale affermava quanto segue:

> Ho risolto un bel po' di questioni come queste [infertilità/sterilità]. Be', cerchi di parlare dell'*islām* e di ciò che significa… comprese le difficoltà ad avere figli. Così, cerchiamo di spiegare che è Dio che te li dà [i figli]. «Sposi quattro mogli ...va bene, ma se Dio non vuole, Lui non te ne darà nessuno [ossia nessun figlio]» – ho detto a un ragazzo che chiedeva consiglio. Aveva dei problemi, ne abbiamo parlato un po'… Abbiamo anche recitato una *duʿāʾ* insieme, qui. Dopo stava meglio, era più rilassato, in pace… Ora speriamo che Dio ce la mandi buona!

Secondo queste figure religiose presenti sul territorio, quindi, non solo i rimedi creati dall'uomo (quali medicina, biologia e procedure di TRA), ma anche i rimedi islamici (quale il matrimonio poliginico) potrebbero non aiutare le coppie sterili a concepire un figlio e quanto descritto avverrebbe quando il desiderio di genitorialità dei musulmani non è conforme al piano divino.

Per quanto concerne le coppie senza figli, il bisogno di capire il progetto di Dio e di comprendere, sia il volere divino sia l'importanza della sorte personale nel plasmare il destino individuale, venivano unanimemente espressi dai genitori intenzionali musulmani intervistati nel corso della presente indagine. Gli interlocutori incontrati dall'autore nelle cliniche della fertilità usavano infatti argomenti simili nel corso delle interviste e durante l'interazione con i prestatori di assistenza sanitaria, come esaminato *infra*, nel capitolo IV.

4.2. Cambiamenti nelle famiglie nucleari dei genitori intenzionali

Ulteriori soluzioni islamiche all'assenza di prole implicano che la struttura della famiglia nucleare dei genitori intenzionali subisca alcuni cambiamenti. In particolare, nel caso di (presunta)

[43]. Tali questioni sono affrontate *infra*, rispettivamente nel capitolo V, paragrafo 8 e nel capitolo IV, paragrafo 3.3.
[44]. Si veda ad esempio capitolo IV, paragrafo 3.1.

infertilità o sterilità maschile/femminile, si possono identificare altri due rimedi tradizionali islamici: la poliginia e il divorzio.

Le due vie conformi alla *sharīʿah* summenzionate per affrontare l'assenza di prole sono particolarmente interessanti, perché si intrecciano strettamente con le procedure di TRA/PMA. Da un lato, può essere necessaria una combinazione di matrimonio e divorzio per sottoporsi alle procedure eterologhe permesse dal diritto islamico. Dall'altro lato, la possibilità per i mariti musulmani di avvalersi di tali rimedi tradizionali ha forti ripercussioni sulle donne musulmane che si sottopongono a trattamenti di fertilità[45].

Secondo il diritto islamico, a un marito musulmano è permesso sposare più di una moglie, divenendo in tal modo poligino[46]. Quale via alternativa conforme alla *sharīʿah*, un uomo musulmano può divorziare dalla moglie infertile/sterile tramite il divorzio unilaterale, anche detto ripudio (*ṭalāq*)[47]. In alcuni paesi a maggioranza musulmana, le codificazioni consentono alle mogli musulmane di presentare domanda per il divorzio (giudiziale) qualora i mariti siano infertili/sterili, spesso a condizione che tale clausola sia stata specificata nel contratto matrimoniale tra le parti[48].

Lo studio dello scioglimento sciaraitico del matrimonio islamico/musulmano in caso di coniugi infertili/sterili trascende l'obiettivo del presente volume; tali temi vengono pertanto affrontati adottando la prospettiva delle comunità musulmane locali. Le dichiarazioni pertinenti rese dai soggetti d'indagine sono quindi riportate e discusse di seguito. Quale punto di partenza, le parole scelte da una donna musulmana (coinvolta nell'amministrazione di una moschea) meritano particolare attenzione; le disposizioni islamiche e le prassi musulmane cui si è brevemente accennato sopra venivano infatti descritte nel modo seguente:

> Possiamo parlare e parlare… ma è semplice, in realtà. Nel mondo arabo, la soluzione [a sterilità o infertilità] è una delle due cose. Tipicamente, se si tratta dell'uomo, allora è lui che si risposa. Anche a livello religioso, se la donna è d'accordo, lui prende una seconda moglie. Così, a questo punto, è tutto risolto! [...] Di solito, è lei quella che decide; be', in teoria, è lei quella che decide […] Ha anche il diritto di chiedere al giudice di divorziare dal marito [infertile]; quindi, può separarsi, se vuole dei figli. So che è possibile, ma non ho mai visto casi del genere, qui – sa cosa voglio dire. […] Se la donna non può avere figli, allora è lui [il marito] a divorziare da lei. A meno che non rimangano insieme senza figli… Ecco. Questo è quello che succede.

Dovendo affrontare difficoltà relazionali e sofferenze personali causate dall'assenza di prole, le figure religiose nazionali e locali devono quindi gestire possibili mutamenti nella famiglia nucleare dei potenziali genitori. Per quanto concerne lo scioglimento del legame matrimoniale, gli *a'immah*

---

[45]. Come analizzato *supra*, nel capitolo IV, paragrafi 2.3 e 6.

[46]. Secondo il *Qur'ān* (IV: 3), un uomo musulmano può avere infatti fino a quattro mogli contemporaneamente. Un commento in merito a tale tema si trova ad esempio in R. Aluffi, *Il matrimonio nel diritto islamico*, in S. Ferrari (a cura di), *Il matrimonio. Diritto ebraico, canonico e islamico: un commento alle fonti*, Torino, Giappichelli, 2006, pp. 181-246.

[47]. Si veda ad esempio An-Na'im, *Islamic family law in a changing world. A global resource book*, cit.; R. Arshad, *Islamic family law*, London, Thomson Reuters, 2010; J.D. Rehman, *The Sharia, Islamic Family Laws and International Human Rights Law: Examining the Theory and the Practice of Polygamy and Talaq*, in «International Journal of Law, Policy and the Family», 21, 2007, pp. 108-127.

[48]. Questo documento scritto viene solitamente chiamato *'aqd al-zawāǧ* o *nikāḥnama.* La prima espressione è usata prevalentemente dai musulmani arabofoni, mentre la seconda è più diffusa nell'Asia meridionale; altri potrebbero utilizzare l'espressione *'aqd al-Qur'ān*.

intervistati in gran parte dichiaravano, solitamente, di cercare di dissuadere le coppie senza figli dal separarsi o dal divorziare a causa dell'impossibilità di realizzare il loro desiderio procreativo. Taluni lamentavano la scarsa conoscenza della *sharīʿah* e persino l'abuso di disposizioni islamiche, specialmente da parte di uomini sposati. A titolo esemplificativo, un *imām* di Torino spiegava che:

> Be', il *ṭalāq*… Quello è un problema. A volte mi dicono: «Lascio mia moglie perché non mi ha dato un figlio maschio!». Questa è ignoranza completa! Mi è capitato un caso... un mio amico; sua moglie ha avuto sei figlie. Quando erano in attesa del settimo [figlio], le ha detto: «Se anche la prossima è femmina, chiedo il divorzio!». Capisci? Non ha alcun senso! «*Allāh* ti chiederà perché hai lasciato tua moglie… nel giorno del giudizio, dovrai dare una spiegazione» – gli ho detto.

Il caso raccontato dall'*imām* non si riferisce a una coppia musulmana infertile dal punto di vista clinico, ma ad una donna musulmana socialmente percepita quale affetta da una sorta di «infertilità selettiva di genere» dal momento in cui aveva dato alla luce unicamente figlie femmine. Questa situazione è utile a definire con maggiore precisione l'interpretazione delle disposizioni islamiche che può essere data a livello locale e quindi sostenuta dai coniugi musulmani torinesi. Secondo quanto chiarito dalle figure religiose nel corso delle interviste, se un marito musulmano ritiene di avere il diritto di divorziare dalla moglie poiché la progenie include solo figlie femmine, a maggior ragione si sentirà legittimato a ripudiare una moglie (presumibilmente) sterile. I genitori intenzionali musulmani colpiti da «infertilità selettiva di genere» potrebbero inoltre ricorrere alle TRA nell'intento di soddisfare il desiderio di un figlio maschio o di una figlia femmina[49].

Per quanto concerne il *ṭalāq* quale rimedio sciaraitico all'assenza di prole, il direttore di un centro islamico locale individuava altri aspetti, dichiarando quanto segue:

> Cosa le posso dire? Dipende dal marito! […] Di solito, io dico loro di essere pazienti: «Anche se divorzi da lei... anche se ne sposi un'altra, non c'è alcuna garanzia che ne avrai [di figli]. La colpa può anche essere tua, no? Puoi aspettare e avere fede in Dio…». Vede, noi cerchiamo di risollevare il morale alle persone, ma… la moschea non è sempre piena… le persone che vengono qui sono più istruite, quelle che non la frequentano non hanno una grande fede in Dio… non sanno un granché.

La scarsa conoscenza delle norme islamiche unita all'urgenza di concepire può quindi portare gli uomini musulmani a divorziare dalle mogli (presumibilmente) infertili/sterili. In effetti, il timore del divorzio tramite ripudio veniva espresso con ansia dalla quasi totalità delle donne musulmane sottopostesi a trattamenti di fertilità a Torino. Sia il personale sanitario responsabile dei trattamenti di fertilità, sia i mediatori culturali intervistati percepivano chiaramente il bisogno pressante delle donne di ottenere una gravidanza per evitare che i mariti divorziassero da loro[50]. Le donne che optano per procedure di riproduzione assistita risentono quindi notevolmente dell'effettiva comprensione e attuazione delle disposizioni islamiche all'interno delle comunità musulmane.

Occorre sottolineare un secondo aspetto. In questo quadro, dovendo affrontare la pressione familiare e sociale a divorziare da una moglie infertile, un trattamento di fertilità eterologo (non

[49]. Si veda *infra*, paragrafo 7.3.2 e capitolo IV, paragrafo 3.3.
[50]. Come discusso *infra*, nel capitolo IV, paragrafo 6.

conforme al diritto islamico) non rivelato pubblicamente potrebbe diventare un'opzione più accattivante per i coniugi musulmani che non vogliano ricorrere al divorzio[51].

Il divorzio, tuttavia, non può essere condannato, di per sé stesso, come la peggiore soluzione conforme alla *sharīʿah* nel caso di coppie infertili. Lo stesso interlocutore infatti ammetteva che:

> Ho molti amici che non hanno avuto figli e non si sono separati dalle mogli. Molti hanno aspettato anni e anni. Ma in certi casi, è l'*islām* a non volere che continuino a stare insieme...

Altrimenti detto, il fatto che due coniugi non riescano a concepire un figlio può essere interpretato come un «segno di Dio», indice che i componenti della coppia non dovrebbero proseguire la propria vita come marito e moglie. Nell'*islām,* i coniugi musulmani osservanti possono quindi consensualmente scegliere il divorzio in caso di assenza di progenie, al fine di sposare un nuovo compagno e una nuova compagna con cui procreare.

In riferimento a tale argomento, un *imām* arabofono dichiarava di invitare solitamente le coppie musulmane a divorziare qualora siano impossibilitate nel concepire una discendenza. In particolare, manifestava la propria preoccupazione per le mogli musulmane senza prole che vorrebbero invece procreare. Raccontando un episodio in cui aveva aiutato una donna egiziana residente a Torino ad ottenere una sentenza di divorzio nel paese d'origine e, successivamente, a contrarre un nuovo matrimonio con un cittadino italiano, faceva presente che tutte le coppie musulmane «devono trovare una soluzione confacente». Un *imām* o uno *shaykh* sono inoltre tenuti ad assistere i coniugi nella ricerca della giusta via. Se diventare genitore è di importanza fondamentale per uno dei due coniugi musulmani – che sia la moglie oppure il marito – all'atto pratico il divorzio può allora rappresentare l'opzione migliore. In determinati casi, può rivelarsi una soluzione preferibile rispetto al ricorso a procedure di TRA, onerose in termini di tempo e (potenzialmente) di denaro[52].

La poliginia è il secondo rimedio tradizionale sciaraitico all'assenza involontaria di prole per le coppie musulmane. Tale situazione prevede che i coniugi proseguano la propria vita matrimoniale insieme, ma con l'ingresso di un'altra persona nella famiglia nucleare: una seconda moglie. Adottando la prospettiva islamica, è possibile ricorrere alla poliginia in tre circostanze: infertilità/sterilità primaria o secondaria della moglie, nel caso in cui il marito desideri una prole molto numerosa, e qualora la moglie abbia dato alla luce solo figlie femmine e il marito voglia un maschio[53]. La scelta della poliginia da parte dei genitori intenzionali musulmani può dipendere non solo dall'infertilità/sterilità clinica, ma anche da altri fattori interni, come la «infertilità selettiva di genere».

---

[51]. Per quanto concerne i genitori intenzionali musulmani sottopostisi a trattamenti di RMA eterologhi a Torino, si veda *infra*, capitolo V, paragrafo 6. È opportuno notare anche che alcune donne musulmane dichiaravno di aver chiesto di sottoporsi a cicli con donazione, pregando però lo specialista di fecondazione in vitro di non rivelarlo ai mariti, allo scopo di proteggere la famiglia nucleare e non essere costrette ad abbandonare il paese in cui risiedevano. Si veda *infra*, capitolo IV, paragrafo 6.

[52]. In merito alla durata e al costo dei trattamenti di fertilità, si veda *infra*, capitolo V, paragrafi 7-8.

[53]. Per un ulteriore approfondimento, si veda M.A.Z. Yamani, *Polygamy and law in contemporary Saudi Arabia*, Reading, Ithaca, 2008. Non si tratta solo di situazioni ipotetiche, come chiarito oltre, al paragrafo 7.3.2 e *infra*, nel capitolo IV, paragrafo 6.

Nonostante la cautela con cui affrontavano questo tema, le figure religiose locali infine accettavano di manifestare i propri punti di vista sull'argomento. A titolo esemplificativo, un *imām* locale chiariva che, nel caso in cui la moglie sia infertile, la poliginia è da considerarsi una giusta soluzione conforme alla *sharīʿah*. Evidenziava quindi che:

> Deve esistere un problema perché un uomo sposi una seconda moglie, secondo la legge islamica. Se non hanno rapporti sessuali – ad esempio, se lei non sta bene, o se lei non può avere figli... allora lui può [sposare una seconda moglie]. Comunque, la decisione non è nelle nostre mani… sempre! Lasci che le faccia un esempio. Mio zio, lui era sposato da diciannove anni con la moglie e non avevano bambini. Così, ha sposato una seconda moglie e hanno subito avuto un figlio. Due mesi dopo la nascita del figlio della seconda moglie, anche la prima moglie è rimasta incinta. Quindi, vede… non si sa mai. Alla fine, è andata bene anche alla prima! *Allāh* a volte vuole questo, Lui è il più Sapiente...

Nel caso narrato, il marito infine concepiva dei figli con entrambe le mogli e tale episodio veniva interpretato come la dimostrazione che i potenziali genitori musulmani devono sempre avere fede in Dio e nelle soluzioni *ḥalāl* per realizzare il loro desiderio di genitorialità.

Altre figure religiose raccontavano di situazioni in cui la prima moglie non riusciva a procreare; tuttavia cresceva insieme alla seconda moglie la prole concepita da quest'ultima con il marito comune, come se fossero un'unica grande famiglia allargata. La poliginia è dunque considerata e descritta come una valida soluzione sciaraitica all'assenza di progenie. Riportando le parole del direttore di un centro di culto islamico,

> Praticamente, c'è questa opzione [poliginia] nell'*islām*. Cioè l'uomo ne sposa una seconda [moglie] per avere figli. Ci sono coppie che si dimenticano dei bambini e vanno avanti insieme, in ogni caso... Comunque, il marito di mia sorella è un buon esempio. Suo padre ha sposato la prima [moglie] ma lei non ha avuto alcun figlio; così, ne ha sposata un'altra. Questa ragazza, la seconda, ha avuto dei bambini e le due [mogli] si sono prese cura di loro [dei bambini] insieme, come amiche, nella stessa casa… Poi, lui è morto e loro vivono ancora tutti insieme! ...solo loro due [le due mogli] a dire il vero, perché i figli sono adulti e sposati, ora. Le due [mogli] sono diventate quasi come sorelle – possiamo dire.

Si può pertanto desumere che, secondo il punto di vista islamico, la poliginia è in grado di dare seguito all'aspirazione procreativa e al desiderio di genitorialità propri della natura umana, senza per questo sciogliere il vincolo matrimoniale di una coppia musulmana osservante infertile.

L'evidenza empirica ha inoltre rivelato che, per alcune donne musulmane, la poliginia è preferibile al divorzio. Una donna musulmana potrebbe infatti essere ostracizzata dalle comunità locali e potrebbe essere difficile per lei contrarre un nuovo matrimonio, qualora si diffondesse una diceria in merito alla sua (presunta) infertilità/sterilità[54]. Una donna può essere pertanto rinnegata anche dalla propria famiglia allargata, nel caso in cui il divorzio sia motivato dalla sua impossibilità a concepire prole (maschile), e questo timore veniva espresso dalle donne sottopostesi a procedure di TRA a nell'area geografica esaminata nel corso del presente studio[55].

[54]. Come esaminato ulteriormente *infra*, nel capitolo IV, paragrafo 5.1.
[55]. Si veda *infra*, capitolo IV, paragrafo 6.

Gli effetti potenzialmente dannosi delle congetture riguardanti le donne senza figli non sono, comunque, l'unica motivazione a supporto di un altro matrimonio quale efficace rimedio religioso e tradizionale all'infertilità/sterilità femminile. Come spiegava un *imām* di Torino:

> Nell'*islām* un uomo può sposare fino a quattro [donne]. Se non hanno figli, allora è usanza che la moglie… Mi è capitato un caso. Lei era sterile. Lei – lei stessa, sì! – ha consigliato al marito di sposare una seconda moglie per avere un figlio. […] Non era il mio caso – noi, infatti, abbiamo cinque figli – ma mia moglie ed io abbiamo deciso che, in caso cercassi una seconda moglie, sarebbe lei a sceglierla per me. Le ho detto: «Se lo faccio, lo farò tramite te… perché, se ne prendo un'altra, tu devi saperlo e aiutarmi a trovare una donna adatta…». È questa la chiave.

L'*imām* riteneva pertanto fondamentale la cooperazione tra tutti i membri di una famiglia allargata; più precisamente, è di importanza cruciale che la moglie (potenzialmente) infertile/sterile appoggi la scelta del marito di sposare una seconda moglie. La prima moglie è invitata ad aiutare il marito a trovare una seconda moglie adatta, qualora la coppia musulmana non abbia potuto avere figli e almeno uno dei due coniugi li desideri. In merito a questo punto, è bene notare che tale ragionamento si riflette negli argomenti sostenuti dai pazienti (musulmani) che si sottoponevano a procedure di PMA eterologhe[56].

Le unioni matrimoniali poliginiche, pur rappresentando un rimedio conforme alla *sharīʿah* in caso di coppie senza figli, devono comunque soddisfare determinati requisiti perché possano essere corrette ed eque, come chiarito dai soggetti intervistati nel corso del presente studio. Ulteriori osservazioni in merito venivano, per l'appunto, aggiunte dal presidente di un'organizzazione islamica operante a livello sia nazionale sia locale, nonché dal direttore di un centro di culto locale; i quali affermavano quanto segue:

> Nel Corano, la poligamia è stata ammessa come possibilità. Ma è una possibilità, non un obbligo, non una necessità! In realtà, Dio esige che l'uomo sia giusto nei confronti delle proprie mogli… Dio ha affermato che non si può essere equi e imparziali con tutte le mogli, perciò… questo è un invito indiretto a sposarne una e non quattro! […] Quindi, si può dire che, talvolta, si tratta di una possibilità che si intreccia con un dovere e un diritto… anche in questo caso [coppie senza figli],

e

> Nell'*islām* si può, sì. Ma la prima moglie non può essere abbandonata e non puoi togliere neanche un briciolo di dignità alla prima! Ad ogni modo, il rapporto con il marito è unico… Per essere sincero con te, nessuna donna si trova bene nella poligamia – io penso... Quindi, se la donna è infertile, questa può essere una soluzione, ma solo dopo avere considerato tutte le altre opzioni. Per esempio, vai in ospedale e lì fai tre trattamenti [di fertilità].

Altrimenti detto, benché costituisca un rimedio all'assenza involontaria di prole conforme all'*islām,* la poliginia non è una soluzione che si adatti per forza alle esigenze di tutti i coniugi

[56]. In merito a questo punto, si veda *infra*, paragrafo 6.2 e capitolo V, paragrafo 6.

musulmani che aspirino alla genitorialità, in particolar modo nel contesto europeo e nel XXI secolo. Occorre quindi considerarla come una sorta di rimedio islamico supplementare per sopperire al bisogno di un figlio. Secondo alcuni informatori, i genitori intenzionali musulmani che vivono in Europa preferirebbero rimedi «moderni», come TRA e/o PMA. Ciononostante, in alcuni casi è necessario contrarre un'unione poliginica per rispettare le disposizioni islamiche, qualora la coppia musulmana intraprenda procedure di fertilità eterologhe.

Le indagini empiriche condotte hanno quindi svelato che, durante la ricerca di soluzioni sciaraitiche da parte di musulmani senza prole, i cambiamenti riguardanti la composizione e la struttura della famiglia nucleare (quali il divorzio e la poliginia) sono avvertiti, socialmente e religiosamente, come opzioni secondarie [57]. Si può tuttavia ricorrere allo scioglimento (temporaneo) del matrimonio o all'unione poliginica al fine di consentire, per esempio, la donazione di gameti da parte di terzi in trattamenti di PMA conformi all'*islām*[58]. In altre parole, quello che era originariamente percepito come un rimedio all'infertilità/sterilità dei musulmani può essere usato strategicamente e sapientemente quale strumento atto a facilitare il ricorso a trattamenti di fertilità eterologhi da parte dei potenziali genitori musulmani.

4.3. Adozione, affidamento e tutela dei minori

Qualora gli aspiranti genitori musulmani osservanti non intendano ricorrere né al divorzio né a un'unione poliginica, le opzioni rimanenti sono limitate. Il diritto islamico vieta infatti l'adozione (*tabanni*)[59]; è consentita solo la *kafālah*[60]. I responsabili clinici della medicina riproduttiva sono invece tenuti, secondo la legge italiana, ad informare la coppia che intende sottoporsi a trattamenti di fertilità riguardo alla possibilità di ricorrere all'adozione o all'affidamento[61], opzioni che il sistema giuridico italiano considera di fatto quali rimedi supplementari all'assenza involontaria di prole.

In realtà, i genitori intenzionali musulmani potrebbero comunque avvalersi dell'adozione, della custodia di minori o dell'affidamento per avere figli. In alcuni casi, tale scelta potrebbe comportare il mancato rispetto delle disposizioni islamiche; in altre circostanze, i potenziali genitori musulmani osservanti potrebbero affidarsi alla *sharīʿah* al fine di creare rapporti di parentela nel momento in cui si sottopongano a procedure di fertilità eterologhe. È opportuno proporre un'indagine più approfondita concernente tali prospettive potenzialmente confliggenti.

Il Corano esorta i fedeli a prendersi cura degli orfani e dei bambini abbandonati[62], ma prescrive che il rapporto di discendenza paterna (*nasab*)[63] del bambino venga protetto e preservato[64]. I

[57]. Si veda ad esempio capitolo IV, paragrafo 5.2.
[58]. Come esaminato sotto, nelle sottosezioni del paragrafo 6.
[59]. *Qur'ān* (XXXIII: 4-5).
[60]. Letteralmente, il termine significa «fideiussione», poiché consiste in un sistema di finanziamento messo in atto per prendersi cura degli orfani. Un'introduzione si trova *inter alia* in U.M. Assim e J. Sloth-Nielsen, *Islamic kafalah as an alternative care option for children deprived of a family environment*, in «African Human Rights Law Journal», 14, 2014, pp. 322-345.
[61]. Si veda *supra*, capitolo II, paragrafo 2.
[62]. Si veda ad esempio *Qur'ān* (II: 177, 215; IV: 2,6,10, 127; VI: 152; LXXVI: 7-10; LXXXIX: 15-18; XCIII: 9; XCVI: 6).
[63]. In merito aquesto punto si veda oltre nel capitolo, *infra*, paragrafo 6.2.

musulmani devono pertanto evitare l'adozione[65]. Più specificamente, il divieto riguarda la creazione di una relazione genitore-figlio fittizia attraverso l'assegnazione del nome nonché dei diritti e doveri propri del figlio biologico[66].

Secondo l'ottica islamica, considerare l'adozione quale rimedio all'infertilità/sterilità della coppia è pertanto una questione molto controversa e ciò diveniva immediatamente evidente entrando in contatto con le associazioni islamiche e con le figure religiose locali. In particolare, due sono le motivazioni che giustificano il divieto di adozione nell'*islām*: la norma islamica e la diversità connaturata a genitorialità adottiva e biologica. Il direttore di un'organizzazione nazionale infatti sottolineava che la riproduzione assistita e l'adozione sono «due cose diverse» poiché pertengono a «due diverse giurisdizioni». Citando le sue parole,

> La *kafālah* mi consente non di… non di soddisfare il bisogno di avere una discendenza (che sarebbe di natura diversa), ma mi permette di soddisfare il bisogno di prendermi cura di qualcuno, di fare pertanto opera di carità – ad esempio, prendendo in affidamento un orfano […] e ciò corrisponde a una precisa *ratio*, poiché mi consente di prendermi cura [di un bambino], in questo modo…

L'intervistato sviluppava ulteriormente l'argomento come segue:

> Dio ti dice: «Ti accordo il permesso di occuparti della prole di qualcun altro, dei figli di altre persone: puoi nutrirli, istruirli, prepararli alla vita… puoi prenderli in affidamento, stare con loro fino alla fine dei tuoi giorni; ma... non sono la tua discendenza di sangue!». Ciò non significa che sono figli di «serie B», ma che non dev'esserci confusione. Non si tratta di un sotterfugio per avere una progenie se Dio non me ne ha data! Perciò, devi accettare la tua situazione… in modo che venga ristabilito l'equilibrio tra le varie giurisdizioni.

L'adozione non può pertanto essere usata per creare genitorialità e filiazione «fittizie» all'interno delle famiglie musulmane. Solo Dio può dare una progenie ai genitori intenzionali e questo potrebbe forse realizzarsi attraverso trattamenti di fertilità medico-assistita[67]. Un figlio o una figlia musulmano/a

---

64. *Qur'ān* (XXXIII: 1-9; 37-40).

65. Il direttore di un centro di culto di Torino spiegava, con parole proprie, le motivazioni storiche che supportano il divieto islamico circa l'adozione: «C'è una storia nell'*islām*. Muḥammad adottò uno schiavo di nome Zayd, dicendo che era come se fosse figlio suo. Allora, Zayd prese il nome del Profeta (PBSL) e aveva diritto a ereditare. Ma poi, Dio volle che andasse diversamente… Così il Profeta (PBSL) sposò una donna che era stata prima sposata con Zayd… Per questo, ora, le persone devono essere chiamate con i loro nomi e cognomi - è molto importante per noi!». A prescindere dal racconto citato, esistono ragioni complesse a supporto del divieto di adozione nell'*islām*; si veda *inter alia* J. Bargach, *Orphans of Islam. Family, Abandonment, and Secret Adoption in Morocco*, Lanham, Rowman & Littlefield Publishers, 2002.

66. Si vedano *inter alia* Bargach, *Orphans of Islam. Family, Abandonment, and Secret Adoption in Morocco*, cit.; S. Ishaque, *Islamic Principles on Adoption: Examining the Impact of Illegitimacy and Inheritance Related Concerns in Context of a Child's Right to an Identity*, in «International Journal of Law, Policy and the Family», 22, 3, 2008, pp. 393-420, e I. Mattson, *Adoption and fostering*, in S. Joseph, A. Năмabadi, J. Peteet, S. Shami, J. Siapno, J.I. Smith e Brill (a cura di), *Encyclopedia of Women and Islamic Cultures. Family, Law and Politics*, vol. II, Leiden, 2005, pp. 1-3. Per un approfondimento concernente genitori musulmani infertili e adozione/tutela, si vedano L. Culley, N. Hudson e F. Van Rooij (a cura di), *Marginalized Reproduction: Ethnicity, Infertility and Reproductive Technologies*, London, Earthscan, 2009; A. Daher, Y. Rosenfeld e L. Keinan-Boker, *Adoption Law, Dilemmas, Attitudes and Barriers to Adoption among Infertility Patients in Israel*, in «Medicine and Law», 34, 1, 2015, pp. 55-68; R.F. Storrow, *Quests for Conception: Fertility Tourists, Globalization and Feminist Legal Theory*, in «Hastings Law Journal», 57, 2, 2005, pp. 295-330.

67. E i medici difatti riferivano che, quando i trattamenti TRA/PMA avevano esito positivo, di solito i pazienti musulmani ringraziavano Dio. Si veda ad esempio capitolo IV, paragrafo 3.1 e capitolo V, paragrafo 3.

adottato/a non può quindi divenire un «vero e proprio membro della famiglia», poiché la sua linea di discendenza biologica deve essere preservata. Secondo la prospettiva del diritto islamico, l'adozione presenta una forte analogia con le tecniche di PMA con il coinvolgimento di terzi. Se i genitori intenzionali musulmani si sottopongono a procedure eterologhe, si crea infatti una confusione nel lignaggio che viola i diritti del minore secondo l'*islām.*

Ne consegue che non è permesso cambiare il nome di nascita del bambino/a con quello della famiglia adottiva; nell'*islām*, il diritto del figlio adottato alla propria identità dev'essere sempre salvaguardato. Secondo il parere del presidente di un'altra organizzazione islamica nazionale, ciò avviene in quanto

> L'*islām* rispetta la dignità e la personalità giuridica di ogni essere umano, per cui non possiamo cambiare il cognome di una persona e dargli quello della nuova famiglia... Poi c'è la *kafālah* – una possibilità all'interno del sistema islamico. […] Tuttavia, in Italia non si può fare, perché l'adozione è «prendere il cognome» della famiglia adottiva. Purtroppo, la nostra legislazione [italiana] deve ancora essere adeguata al fatto di non cambiare il cognome del figlio adottato.

Sul territorio italiano, la *kafālah* viene quindi descritta come una sorta di «possibilità esclusivamente teorica» per le coppie musulmane – secondo quanto riferito da alcuni interlocutori. Gli *a'immah* hanno inoltre evidenziato il fatto che, benché le comunità musulmane locali pratichino la cosiddetta «adozione a distanza» e l'adozione (temporanea) da parte di parenti[68], il «modello di adozione occidentale» viene solitamente evitato, poiché esplicitamente proibito dalla *sharīʿah*. In realtà, i pazienti musulmani erano a disagio nell'affrontare l'argomento con gli specialisti di fecondazione in vitro, sebbene le disposizioni di legge italiana concernenti le TRA prevedano che la questione venga (brevemente) discussa[69].

All'interno delle comunità musulmane locali, la concezione del diritto alla vita privata e familiare, così come l'idea di genitorialità e filiazione tendono a essere sempre più individualizzate. Nella vita reale, i potenziali genitori (infertili/sterili) musulmani potrebbero pertanto decidere di adottare legalmente un bambino o una bambina e dichiarare che si tratta della loro stessa progenie. In questo caso, «il fittizio vincolo non di sangue tra genitori e figli» non viene normalmente rivelato alla comunità locale e/o alla famiglia allargata[70]. Naturalmente, esiste una probabilità maggiore che tale situazione si verifichi quando la coppia adottiva risiede in un paese europeo. La *kafālah* è invece un percorso più comunemente seguito dalle coppie infertili/sterili nei paesi a maggioranza musulmana[71].

---

[68]. Un *imām*, ad esempio, dichiarava all'autore: «Adozione? Sì, ne facciamo tante qui in moschea! Sa, ci sono tanti orfani adesso in Siria… ti farò vedere i documenti, ecco qui… Vede? Ne abbiamo tante, tante… è importante prenderci cura degli orfani, per noi». Nonostante fossero definite adozioni, si trattava in realtà di forme atte a mantenere economicamente e/o prendere in affido degli orfani.

[69]. Si veda *supra*, capitolo II e *infra*, capitoli IV-V.

[70]. Tale comportamento viene assunto anche nel caso di PMA con il contributo di donatori, come discusso *infra*, nelle sottosezioni del paragrafo 6, nonché nel capitolo IV, paragrafo 5.1 e nel capitolo V, paragrafo 6.

[71]. Per uno studio concernente norme familiari islamiche e pratiche di parentela musulmane e loro (non) riconoscimento nei paesi europei, si vedano, ad esempio, Brunet per quanto attiene alla Francia, Duca e Orlandi in merito all'Italia. L. Brunet, *La réception en droit français des institutions familiales de droit musulman: vertus et faiblesses d'un compromis*, in «Droit et Cultures, Actualités du droit musulman: genre, filiation et bioéthique», 59, I, 2010, pp. 231-251; R. Duca, *Family Reunification: The Case of the Muslim Migrant Children in Europe*, in «Athens Journal of Social Sciences», aprile 2014,

In simili circostanze, potrebbero essere utilizzati alcuni espedienti giuridici al fine di creare una sorta di parentela e/o per assicurare i diritti ereditari (ad esempio, tramite un atto notarile) ai figli non biologici[72]. Si può quindi dedurre che l'ordine all'interno della famiglia islamica non possa essere sovvertito attraverso l'adozione e che tale precetto sia avvertito come uno dei più alti imperativi morali del diritto islamico.[73] La flessibilità della *sharīʿah* consente tuttavia di trovare soluzioni pragmatiche, a condizione che il lignaggio del padre e del figlio siano salvaguardati.

A titolo esemplificativo, nel caso di tutela di minori o affidamento, è possibile avvalersi di ulteriori *escamotage* per costruire dei legami familiari conformi ai principi sciaraitici. In effetti, secondo la *sharīʿah*, i rapporti di parentela possono essere creati attraverso due sostanze corporee: il sangue e il latte[74]. La madre affidataria può pertanto essere invitata a richiedere la lattazione indotta in modo da fungere da balia per il bambino affidatole. Lo scopo è creare un legame di latte con il bambino (in particolare con un figlio maschio), secondo i giurisperiti islamici[75]. In questo modo, tra la madre non biologica e il bambino in affido si instaura quella che potrebbe essere definita una «parentela

---

pp. 111-120; M. Orlandi, *La kafala islamica e la sua riconoscibilità quale adozione*, in «Il Diritto di Famiglia e delle Persone», XXXIV, 2005, pp. 635-665.

[72]. Per quanto concerne il secondo aspetto, un *imām* ad esempio delucidava alcune dinamiche socio-religiose, affermando quanto segue: «La *kafālah* va bene… Se porti un bambino nella tua casa e lo cresci finché non è indipendente, ma non può ereditare da te e non devi dargli il tuo nome. Questa è la regola. Poi, non può ereditare... ma - insomma - si può fare una donazione a chiunque si voglia, prima di morire, perciò... volendo, un rimedio esiste... Ma l'*islām* protegge la linea di discendenza e dobbiamo attenerci a questo».

[73]. Secondo alcune interpretazioni, l'adozione è persino equiparabile all'apostasia per l'*islām*. Tunisia, Turchia e Iran sono in realtà gli unici paesi a maggioranza musulmana del Medio Oriente in cui l'adozione è legalmente consentita. Si veda *inter alia* M.C. Inhorn, *(Islamic) ART Journeys and moral pioneers. New reproductive technologies in Islamic local moral worlds*, cit., pp. 20-28.

[74]. Per approfondire ulteriormnete la discussione su tali legami di parentela conformi alla *sharīʿah*, si vedano *inter alia* M. Clarke, *Islam and New Kinship: Reproductive Technology and the Shariah in Lebanon*, cit.; É. Conte, *Affinités electives et parenté arabe*, in «Études rurales», 157/158, *Jeux, conflits, représentations*, 2001, pp. 65-94; C. Fortier, *Le lait, le sperme, le dos. Et le sang? Représentations physiologiques de la filiation et de la parenté de lait en islam malékite et dans la société maure*, in «Cahiers d'Études Africaines», 41, 161, 2001, pp. 97-138; Id., *Le droit musulman en pratique: Genre, filiation et bioéthique*, in «Droit et Cultures, Actualités du droit musulman: genre, filiation et bioéthique», 59, 2010, pp. 15-40; P. Parkes, *Fostering Fealty: A Comparative Analysis of Tributary Allegiances of Adoptive Kinship*, in «Comparative Studies in Society and History », 45, 4, October 2003, pp. 741-782; Id., *Fosterage, Kinship, and Legend: When Milk Was Thicker than Blood?*, in «Comparative Studies in Society and History», 46, 3, July 2004, pp. 587-615; Id., *Milk kinship in Islam. Substance, structure, history*, in «Social Anthropology», 13, 3, 2005, pp. 307-329; N. Rosen, *The Milk Relationship: The Evolution and Significance of Wet-nurses*, in «Anthropology Senior Theses», Paper 138, 2013, pp. 1-39. Per una prospettiva biomedica si veda L. Moran e J. Gilad, *From Folklore to Scientific Evidence: Breast-Feeding and Wet-Nursing in Islam and the Case of Non-Puerperal Lactation*, in «International Journal of Biomedical Sciences», 3, 4, 2007, pp. 251-257.

[75]. All'atto pratico, ciò implica l'impedimento al matrimonio tra madre affidataria e figlio. Di conseguenza, non sarà necessario che la madre indossi il velo qualora trascorra del tempo in casa da sola con il figlio allattato, una volta che questi abbia raggiunto la pubertà. Il medesimo impedimento di parentela al matrimonio sussiste tra fratelli e sorelle di latte e, per i musulmani sciiti, anche per i parenti consanguinei dei genitori di latte e dei fratelli di latte, i quali diventano *maḥārim*, ossia non sposabili. In merito agli impedimenti matrimoniali islamici, si veda *Qur'ān* (IV, 22-23). Per dettagli, si vedano S. Altorki, *Milk-Kinship in Arab Society: An Unexplored Problem in the Ethnography of Marriage*, in «Ethnology», 19, 2, April 1980, pp. 233-244; M.H. Benkheira, *Alliance, asymétrie et différence des sexes. Un problème d'exégèse juridique: la prohibition de la belle-mère et de la belle-fille*, in «Islamic Law & Society», 13, 2, 2006, pp. 153-207; S.S. Shah, *Fosterage as a Ground of Marital Prohibition in Islam and the Status of Human Milk Banks*, in «Arab Law Quarterly», 9, 1, 1994, pp. 3-7; M. Tabiu, *Unlawful marriages and their effect in Islamic law of the Maliki school*, in «Islamic Studies», 31, 3, 1992, pp. 319-337. L'ipotesi che i neonati allattati dalla stessa donna sviluppino consanguineità è stata affrontata anche da alcuni medici, si veda H. Ozkan et al., *Milk kinship hypothesis in light of epigenetic knowledge*, in «Clinical Epigenetics», 4, 14, 2012, pp. 1-3.

biologica islamica» ottenuta attraverso l'allattamento non puerperale. Tale legittima relazione genitore-figlio deriva dall'allattamento (*ridāʿ*) ed è fondata sul latte anziché sul sangue.

Il fatto che un neonato possa essere allattato da una donna altra rispetto alla madre è particolarmente rilevante anche nelle procedure di PMA. Tale norma è invero usata dai musulmani sciiti per creare una parentela biologica nei casi di maternità surrogata e di donazione di ovociti. Come ulteriormente discusso al paragrafo 6.2[76], la madre surrogata può essere dunque considerata come la madre di latte del bambino, così da dare origine a una famiglia insolita, ma comunque *ḥalāl*.

Per le stesse ragioni, l'uso di latte umano fornito da donatrici in alcuni ospedali ginecologici è giudicato sfavorevolmente dai pazienti musulmani. Tale procedura crea, in effetti, legami di parentela rilevanti per il diritto islamico tra membri di famiglie appartenenti a gruppi diversi[77]. Ne consegue che, secondo l'*islām*, i bambini nutriti con lo stesso latte umano siano considerati fratelli e sorelle, pertanto sussistono impedimenti matrimoniali tra i membri delle famiglie coinvolte e – qualora il fatto non sia noto – possono avere luogo unioni incestuose[78]. Con sorpresa di alcuni prestatori di assistenza sanitaria locali, la medesima norma islamica può quindi, da un lato, impedire il ricorso al latte materno donato quale integrazione per i neonati, e dall'altro, legittimare l'utilizzo di TRA/PMA da parte dei musulmani.

Vista la complessità delle tematiche sovrapposte e la pluralità delle argomentazioni islamiche, adozione e affidamento vengono socialmente percepiti dai musulmani come questioni nettamente problematiche e altamente controverse. Dalla prospettiva delle comunità musulmane locali, emergeva frequentemente un certo disagio nel discutere di tali rimedi tradizionali sciaraitici all'assenza di prole; il medesimo atteggiamento veniva altresì confermato dai pazienti musulmani sottopostisi a trattamenti di fertilità nell'area individuata[79]. Pertanto, il tema viene di fatto toccato solo brevemente dal personale medico-sanitario, nonostante il dettato legislativo chiarisca che i medici sono tenuti a presentare adozione e affidamento quali possibilità genitoriali alternative alla coppia che richiede un trattamento di fertilità in Italia [80]. Analogamente, i genitori intenzionali musulmani che si sottopongono a procedure di TRA/PMA, in genere, non rivelavano al personale della clinica della fertilità i molteplici modi attraverso i quali possono essere creati legami familiari secondo il diritto islamico.

È comunque opportuno osservare che, nonostante la natura delicata del tema, le aspiranti madri musulmane sottopostesi a TRA menzionavano spesso la *kafālah* nel corso delle interviste. I pazienti

---

[76]. È opportuno menzionare quanto chiarito da Clarke, ossia che «la parentela di latte fornisce un modo per analizzare e risolvere i dilemmi etici dovuti all'impiego di ovuli di donatrici e soluzioni surrogate». Si veda M. Clarke, *The modernity of milk kinship*, cit., a p. 287. Si veda inoltre Clarke, *Islam, kinship and new reproductive technology*, cit.; Id., *Shiite perspectives on kinship and new reproductive technologies*, cit.

[77]. Si vedano *inter alia* A. El-Khuffash e S. Unger, *The Concept of Milk Kinship in Islam Issues Raised when Offering Preterm Infants of Muslim Families Donor Human Milk*, in «Journal of Human Lactation», 28, 2, May 2012, pp. 125-127; A. Karadag *et al*., *Human milk banking and milk kinship: Perspectives of mothers in a Muslim country*, in «Journal of Tropical Pediatrics », 61, 3, 2015, pp. 188-196; R. Ozdemir *et al*., *Human milk banking and milk kinship: Perspectives of religious officers in a Muslim country*, in «Journal of Perinatology», 35, 2015, pp. 137-141; Shah, *Fosterage as a Ground of Marital Prohibition in Islam and the Status of Human Milk Banks*, cit.; V. Thorley, *Milk siblingship, religious and secular: History, applications, and implications for practice*, in «Women and Birth», 27, 2014, pp. 16-19. Una *fatwā* emessa dall'European Council for Fatwa and Research nel 2004 ammette tuttavia l'utilizzo del latte di una donatrice. I bambini nutriti con lo stesso latte umano sono comunque considerati fratelli nell'*islām*, pertanto i membri della famiglia coinvolti sono passibili di impedimenti matrimoniali.

[78]. Tale argomento fa eco al rischio di incesto tra fratellastri e sorellastre figli di donatori anonimi. Si veda *infra*, paragrafi 6.1-6.2

[79]. Tali aspetti sono ulteriormente delucidati nel capitolo IV, paragrafo 5.2.

[80]. In merito a questo argomento si veda *supra*, capitolo II, paragrafo 2.

riportavano regolarmente casi di adozione a ulteriore sostegno della preferenza per le procedure di fertilità nel ricercare la realizzazione del desiderio procreativo della coppia[81].

5. Concepimento e riproduzione medicalmente assistiti

Alla luce di quanto emerso nei paragrafi precedenti, la riproduzione medico-assistita è generalmente considerata una valida opzione (potenzialmente) conforme alla *sharīʿah* che consente ai coniugi musulmani di concretizzare il proprio progetto di genitorialità. Questa soluzione permette alle coppie (più individualizzate)[82] di coniugi musulmani senza figli, le quali siano inserite in un contesto occidentale contemporaneo, di rimanere insieme come famiglia nucleare, anziché ricorrere a divorzio o poliginia, oppure generare confusione nel lignaggio dei propri figli. Le tecniche riproduttive che non si avvalgono del contributo di donatori rendono inoltre possibile il concepimento di figli legittimi, preservando al tempo stesso la discendenza di sangue (*nasab*) e contribuendo alla crescita globale della *Ummah*.

Storicamente, il mondo musulmano si è avvicinato alle TRA con cautela. Analizzando pro e contro connessi al concepimento e/o alla riproduzione assistiti, i giurisperiti islamici, in un primo momento, espressero scetticismo e criticità in merito alle ripercussioni potenzialmente dannose concernenti il grado delle relazioni familiari e il lignaggio familiare. La diffidenza iniziale fu tuttavia presto superata, nonostante una minoranza di giurisperiti islamici perseveri nel proibire ai musulmani ogni forma di inseminazione artificiale[83]. Secondo tale prospettiva, i genitori intenzionali musulmani potrebbero fare ricorso unicamente ai rimedi tradizionali sciaraitici all'assenza di prole esaminati nei paragrafi precedenti, ossia accettazione dell'infertilità, cambiamenti nella famiglia nucleare tramite poliginia o divorzio, oppure attraverso una forma di tutela del minore conforme al diritto islamico (*kafālah*).

In realtà, già negli anni Novanta si evidenziò che, nell'arco della vita, i musulmani (in prevalenza quelli che vivevano in paesi in via di sviluppo) erano più colpiti da problemi di infertilità rispetto alla popolazione mondiale[84]. Come sottolinea Atighetchi, la dimensione numerica del

---

[81]. Si veda *infra*, capitolo IV, paragrafo 6.

[82]. Il tema del processo di individualizzazione concernente i musulmani residenti in Europa viene, ad esempio, affrontato in K. Pędziwiatr, *How Progressive is «Progressive Islam»? The Limits of the Religious Individualization of the European Muslim Elites*, in «Social Compass», 58, 2, 2011, pp. 214-222. In merito alla nuclearizzazione delle famiglie migranti, si vedano *inter alia* T. Parsons e R.F. Bales, *Family socialization and interaction process*, London, Routledge, 2001 (1956); in aggiunta a I. Ahmed, *Muslim Immigrants in Europe: The Changing Realities*, in «India Quarterly», 69, 3, pp. 265-282, e J.K. Baral e A. Chowdhury (a cura di), *Family in Transition: Power and Development*, New Delhi, Northern Book Centre, 1999.

[83]. Atighetchi fa ad esempio riferimento al codice penale libico del 1972 vietante l'inseminazione artificiale omologa e alla *fatwā* di Abd al-Halim Mahmud; si veda Atighetchi, *Islamic Bioethics: Problems and Perspectives*, cit., alle pp. 135-136.

[84]. I tassi di varicocele, infezioni delle ghiandole, occlusioni e infezioni tubariche che colpiscono uomini e donne musulmani sono infatti piuttosto elevati. Si vedano G.I. Serour, M. Aboul-Ghar e R.T. Mansour, *Infertility: A health problem in the Muslim world*, cit., and Id., *Bioethics in medically assisted conception in The Muslim World*, cit. Si vedano anche G.I. Serour (a cura di), *Proceedings of a Seminar on ethical implications of use of assisted reproductive technologies for treatment of human infertility. Rabei Akhar 21-23rd, 1418 August 25-27th, 1997*, Cairo, al-Azhar University, 1997 e M.I. Burney, *Health and medical profile of the Muslim world*, Islamabad, Pakistan, COMSTECH Secretariat, 1993. Riguardo alla fertilità tra i marocchini si veda ad esempio C.L. Hughes, *The «Amazing» Fertility Decline: Islam, Economics, and*

fenomeno di infertilità/sterilità nel mondo musulmano richiese presto «metodi di intervento ulteriori rispetto a quelli considerati dalla tradizione»[85]. Le famiglie musulmane erano infatti alla ricerca di altri rimedi all'assenza di progenie, oltre alle soluzioni tradizionali conformi alla *sharīʿah*; di conseguenza, il turismo procreativo divenne un fenomeno diffuso tra i potenziali genitori residenti nei paesi a maggioranza musulmana[86].

Con il trascorrere del tempo, i giurisperiti islamici cominciarono gradualmente a incoraggiare «l'uso della scienza e della medicina come soluzioni alla sofferenza umana»; elaborando il pensiero di Musallam, Inhorn ha infatti chiarito che tale mutato atteggiamento trova spiegazione nell'*islām* quale «religione che può essere definita «natalista», poiché incentiva la crescita di una «moltitudine» islamica»[87]. Nei paesi a maggioranza musulmana, il numero di cliniche che offrivano tecniche di riproduzione assistita e trattamenti di fertilità aumentò pertanto rapidamente. Già nel 1986 vennero fondate cliniche della fertilità nei paesi a maggioranza musulmana prevalentemente sunnita. Il primo centro di IVF fu aperto in Arabia Saudita, e fu seguito da altri in Egitto e Giordania. Negli anni successivi, furono istituite cliniche in Marocco, Iraq, Kuwait e Tunisia. I primi «bambini in provetta» libanesi, sudanesi e turchi nacquero nel 1989. Attualmente, la Turchia conta il numero maggiore di cliniche della fertilità, mentre in Libano si riscontra la più alta concentrazione di cliniche della fertilità pro capite. Il settore delle tecniche di riproduzione assistita si sta sviluppando anche nell'Asia meridionale[88]. In Iran, l'utilizzo delle TRA iniziò nel 1984 e i trattamenti di fertilità con il contributo di terze parti ottennero infine l'approvazione delle autorità religiose musulmane[89]; le tecniche di PMA con

---

Reproductive Decision Making among Working- Class Moroccan Women, in «Medical Anthropology Quarterly», 25, 4, 2011, pp. 417-435.

85. Atighetchi, *Islamic Bioethics: Problems and Perspectives*, cit., a p. 136.

86. Si veda ad esempio M.C. Inhorn, *Globalization and gametes: Reproductive «tourism», Islamic bioethics, and Middle Eastern modernity*, cit. In relazione al turismo della fertilità e all'influenza della religione sulla bioetica, si vedano *inter alia* R.F. Storrow, *Quests for Conception: Fertility Tourists, Globalization and Feminist Legal Theory*, cit.; Id., *Handmaid's Tale of Fertility Tourism: Passports and Third Parties in the Religious Regulation of Assisted Conception*, in «Texas Wesleyan Law Review», 12, 1, 2005, pp. 189-212; Id., *Marginalizing Adoption through the Regulation of Assisted Reproduction*, in «Capital University Law Review», 35, 2, 2006, pp. 479-516.

87. Si vedano B.F. Musallam, *Sex and Society in Islam: Birth Control Before the Nineteenth Century*, Cambridge, CUP, 1986, a p. 126; Inhorn, *Globalization and gametes*, cit., alle pp. 126-128. Si veda inoltre M.C. Inhorn, *Quest for Conception Gender, Infertility and Egyptian Medical Traditions*, cit.

88. Per una prospettiva comparativa, si vedano *inter alia* Serour, Aboul-Ghar e Mansour, *Infertility: A health problem in the Muslim world*, cit.; Clarke, *Islam and New Kinship: Reproductive Technology and the Shariah in Lebanon*, cit., alle pp. 37-38; Inhorn e Gürtin, *Infertility and Assisted Reproduction in the Muslim Middle East: Social, Religious, and Resource Considerations*, cit.; Inhorn e Tremayne (a cura di), *Islam and Assisted Reproductive Technologies: Sunni and Shia Perspectives*, cit., a p. 13. Per quanto attiene all'Arabia Saudita, si veda H.S. Abduljabbar e R. Amin, *Assisted reproductive technology in Saudi Arabia*, in «Saudi Medical Journal», 30, 4, 2009, pp. 461-464. Per quanto concerne la Turchia, si veda I. Turkmendag, *Home and Away: The Turkish Ban on Donor Conception*, in «Law, Innovation and Technology», 4, 2, 2012, pp. 144-164.

89. In riferimento all'Iran sciita, si vedano ad esempio M.J. Abbasi-Shavazi *et al.*, *The «Iranian ART Revolution»: Infertility assisted reproductive technology, and third-party donation in the Islamic republic of Iran*, in «Journal of Middle East Women's Studies», 4, 2, 2008, pp. 1-28; M. Abedini, A. Ghaheri e R.O. Samani, *Assisted Reproductive Technology in Iran: The First National Report on Centers, 2011*, in «International Journal of Fertility & Sterility», 10, 3, October- December 2016, pp. 283-289; S. Bamdad e A. Ahmad, *Public perspective towards thirdparty reproduction in Iran*, Paper EPC, Princeton University, 0601, 2014, pp. 1-5; E.S. Gooshki e N. Allahbedashti, *The process of justifying assisted reproductive technologies in Iran*, in «Indian Journal of Medical Ethics», 12, 2, 2015, pp. 87-96; F. Parniyan, *Iranian-Islamic culture and infertility treatments*, in «Journal of Jahrom University of Medical Sciences», 11, 2014, p. 226; R.O. Samani *et al.*, *Access to Fertility Treatments for Homosexual and Unmarried Persons, through Iranian Law and Islamic Perspective*, in «Royan Institute Iranian Journal of Fertility and Sterility», 1, 3, 2007, pp. 127-130; R. Tappan, *More than Fatwas: Ethical Decision*

donazione e la maternità surrogata furono presto disponibili anche in Libano[90]. La consapevolezza che le TRA fossero un rimedio all'assenza involontaria di prole conforme alla *sharīʿah* iniziò pertanto a diffondersi tra i musulmani[91].

L'indagine empirica ha in effetti confermato sia l'atteggiamento natalista islamico, sia la ricerca di assistenza medica per quanto concerne le questioni di fertilità. Gli esperti di diritto islamico e le figure religiose esprimevano una sorta di «invito all'azione», mettendo al tempo stesso in evidenza che la prima scelta debba necessariamente essere il ricorso all'intervento medico-sanitario. Il responsabile di una moschea torinese chiariva questi punti affermando:

> L'*islām* non rifiuta la medicina! Occorre cercare [il motivo dell'infertilità]. Non si deve stare lì, con le mani in mano... aspettando senza fare niente! Bisogna scoprire perché non si riesce ad avere figli. Si può fare… Vede, Dio dà un maschio a chi Lui vuole; una femmina a chi Lui vuole; e a chi Lui vuole, niente… Ma noi crediamo in questo: se Dio non mi ha dato figli, ci proverò lo stesso! Poi, sarò contento comunque. Se Dio non me dà, va bene: sarò contento lo stesso. Grazie. Punto.

Le problematiche di infertilità (temporanea) sono quindi da interpretare come una prova voluta da Dio. I genitori intenzionali musulmani dovrebbero dunque pregare[92], al tempo stesso indagando le ragioni della propria infertilità/sterilità, al fine di superare tale limite ricorrendo, innanzitutto, alla scienza medica. Il presidente di un'organizzazione islamica nazionale esponeva un pensiero analogo quando dichiarava quanto segue:

> L'*islām* incentiva i musulmani a sposarsi e ad avere figli. Quando una coppia non riesce a concepire figli, allora l'*islām* richiede che i coniugi trovino una soluzione. L'*islām* spinge le coppie a «darsi da fare»! Perciò, c'è la medicina… C'è questo e quello, oggi c'è un po' di tutto. Poi, se non funziona per vie naturali, si può ricorrere a quella che nell'*islām* viene detta *kafālah*… [...] Le soluzioni [all'assenza di prole] esistono – si può dire questo[93].

Secondo il soggetto intervistato, nonostante la forma di tutela concorde con il diritto islamico sia per sua natura diversa dalla genitorialità biologica[94], questa può essere considerata una valida opzione secondaria, nel caso in cui i trattamenti di fertilità non riescano a contrastare le cause che

---

Making in Iranian Fertility Clinics, in Inhorn, Tremayne (a cura di.), *Islam and Assisted Reproductive Technologies: Sunni and Shia Perspectives*, cit., pp. 103-129; S. Tremayne, *The «Down Side» of Gamete Donation: Challenging «Happy Family» Rhetoric in Iran*, in Inhorn e Tremayne (a cura di), *Islam and Assisted Reproductive Technologies: Sunni and Shia Perspectives*, cit., pp. 130-156.

[90]. Per quanto attiene al Libano, si vedano M. Clarke, *Closeness in the Age of Mechanical Reproduction: Debating Kinship and Biomedicine in Lebanon and the Middle East*, cit.; Id., *Islam and New Kinship: Reproductive Technology and the Shariah in Lebanon*, cit.; Inhorn, Patrizio e Serour, *Third-party reproductive assistance around the Mediterranean. Comparing Sunni Egypt, Catholic Italy, and multisectarian Lebanon*, cit.; Id., *Third-party reproductive assistance around the Mediterranean. Comparing Sunni Egypt, Catholic Italy, and multisectarian Lebanon*, cit. In merito alla Siria, si veda O. Arbach, *Ethical Considerations in Syria regarding Reproduction Techniques*, in «Medicine and Law», 21, 2, 2002, pp. 395-402.

[91]. Per quanto attiene alla percezione delle tecniche procreative da parte dei genitori intenzionali musulmani che si sottopongono a procedure di fertilità in Italia, si veda *infra*, capitolo IV, paragrafi 5.1 e 6, nonché al capitolo V.

[92]. Per quanto concerne devozione e preghiere nell'*islām* in caso di infertilità/sterilità, si veda *supra*, paragrafo 4.1.

[93]. Riguardo alla *kafālah* si veda *supra*, paragrafo 4.3.

[94]. Si veda *supra*, paragrafo 4.3.

impediscono alle coppie musulmane di concepire. L'aspetto centrale è comunque la ricerca di un metodo di intervento che sia conformità con la *sharīʿah*. Analogamente, gli *a'immah* locali spiegavano che, nell'incoraggiare le coppie musulmane ad affrontare le proprie difficoltà procreative, adottano un approccio decisamente esortatorio. A titolo esemplificativo, due figure religiose dichiaravano, in tono imperativo:

> Non è che te ne stai lì ad aspettare un figlio. No! Non ne hai, d'accordo: fa' qualcosa! Forse Dio ti sta mettendo alla prova… per vedere se sei un buon musulmano. Così, li spingo a fare qualcosa,

e

> Quando vengono da me, io gli dico: «Andate dal dottore! Andate a vedere cosa succede, cosa potete fare…» Poi, pregheremo.

L'azione è dunque fondamentale. In questo caso, la preghiera è descritta come complementare ai passi indispensabili che i musulmani osservanti, mossi dal desiderio di procreare, devono compiere. Come poc'anzi discusso, l'accettazione della volontà divina – che può includere la potenziale infertilità o sterilità – è costantemente ribadita dalle figure religiose[95]; purtuttavia, i coniugi musulmani sono caldamente invitati a trovare il modo di procreare.

Si può pertanto dedurre che, sotto il profilo del diritto islamico, i potenziali genitori musulmani sono ampiamente incoraggiati ad approfittare del «contesto contemporaneo, spaziale e temporale del XXI secolo» – facendo eco alle parole usate dal responsabile di un'organizzazione islamica nazionale. I piani di Dio devono quindi essere accettati e portati avanti con fede dai coniugi musulmani osservanti – e tale atteggiamento influisce sul comportamento e sulle aspettative dei pazienti musulmani nei centri di PMA – ma, al fine di concretizzare il naturale desiderio procreativo umano, occorre agire.

In base a quanto emerso dall'osservazione sul campo, se si volesse stabilire una gerarchia tra le soluzioni elencate, sarebbe la seguente: innanzitutto, la fede in Dio (attraverso preghiera, atti di culto e accettazione dell'infertilità/sterilità) è un imperativo costante per i genitori intenzionali musulmani osservanti, che vengono incoraggiati ad accogliere i piani divini. In secondo luogo, occorre indagare i problemi che inficiano le possibilità di concepire delle coppie sposate. Terzo, gli aspiranti genitori musulmani devono considerare l'opportunità di usufruire di alcuni trattamenti di RMA compatibili con il diritto islamico. I rimedi islamici tradizionali all'assenza di prole – quali divorzio, poliginia, affidamento e tutela di minori – sono quindi da ritenere opzioni secondarie. In alcuni casi, tali rimedi sciaraitici non si presentano tuttavia come alternative concorrenti alle tecniche procreative, ma diventano, piuttosto, strumenti da combinare abilmente con il concepimento medicalmente assistito o con le tecniche riproduttive al fine di creare famiglie *ḥalāl*.

Nella vita reale, i potenziali genitori musulmani potrebbero peraltro scegliere soluzioni dai confini non definiti, eventualmente considerabili non conformi al diritto islamico o conformi ad esso solo per alcuni musulmani. Naturalmente, tale pluralità di visioni può confondere i pazienti musulmani

[95]. Si veda *supra*, paragrafo 4.1.

e i loro coniugi o compagni (non musulmani)[96], così come può disorientare i professionisti medico-sanitari che offrono trattamenti di fertilità[97].

6. Formule procreative moderne conformi alla sharīʿah

Nella ricerca di rimedi all'assenza involontaria di prole, la procreazione medicalmente assistita ha gradualmente attirato su di sé un'attenzione crescente da parte dei giurisperiti islamici e delle coppie musulmane infertili/sterili[98]. Adottando il punto di vista delle fonti islamiche e musulmane, lo spettro delle possibili interpretazioni conformi ai principi islamici nei confronti di PMA e TRA varia tuttavia significativamente[99].

A un estremo dello spettro troviamo i musulmani secondo i quali le tecniche riproduttive sono consentite, purché si verifichino determinate condizioni. Innanzitutto, deve essere evitato il rapporto sessuale illecito, detto *zināʾ* (ossia fornicazione e adulterio)[100]. L'uomo e la donna devono quindi essere parti di un matrimonio religioso (e, in alcuni casi, anche civilmente valido); in altre parole, gli aspiranti genitori che si sottopongano a trattamenti di fertilità, devono essere vincolati da un contratto nuziale valido e conforme alla *sharīʿah*[101]. Nessuna terza parte può pertanto inserirsi nella relazione matrimoniale *ḥalāl* tra marito e moglie; la donazione di gameti femminili/maschili e di embrioni, nonché la maternità surrogata sono perciò proibite[102].

Altri requisiti sono specificamente connessi alle procedure mediche e ai trattamenti di fertilità. Dovrebbe essere un medico musulmano – preferibilmente un medico donna qualificato – a occuparsi del processo. Le parti intime di una donna non devono essere (eccessivamente) toccate né (troppo) esposte; marito e moglie devono entrambi partecipare alla raccolta dei gameti maschili[103]. Alcuni

---

96. In merito a pazienti musulmani e unioni endogamiche ed esogamiche, si veda *infra*, capitolo V, paragrafi 3 e 6.

97. Come avvalorano le osservazioni empiriche analizzate nei capitoli IV e V.

98. Si veda *supra*, paragrafo 3.

99. L'argomento è trattato, *inter alia*, in Al-Bar e Chamsi-Pasha, *Contemporary Bioethics Islamic Perspective*, cit.; Atighetchi, *Islamic Bioethics: Problems and Perspectives*, cit.; M.Z. Ahmad *et al*., *Is Assisted Reproductive Technique Shari'aa-compliant? A Case Study at a Fertility Centre in Malaysia*, in «The International Medical Journal Malaysia», 13, 2, 2014, pp. 21-27; N.H. Ahmad, *Assisted Reproduction. Islamic Views on the Science of Procreation*, in «Eubios Journal of Asian and International Bioethics», 13, 2003, pp. 59-60; M. Borrmans, *Fécondation artificielle et éthique musulmane*, in «Lateranum», LIII, 1, 1987, pp. 88-103; Inhorn e Tremayne (a cura di.), *Islam and Assisted Reproductive Technologies: Sunni and Shia Perspectives*, cit.; F. Griffel, *Introduction*, in Inhorn e Tremayne (a cura di), *Islam and Assisted Reproductive Technologies: Sunni and Shia Perspectives*, cit., pp. 24-26; A.R. Omran, *Family planning in the legacy of Islam*, London, New York, Routledge, 1992; A. Shabana, *Foundations of the Consensus against Surrogacy Arrangements in Islamic Law*, in «Islamic Law & Society», 22, 1/2, 2015, pp. 82-113; R. Valli, *Islam's solution to abortion, contraception, organ transplants, test tube babies, gestation, surrogacy, prosthetic surgery*, Oshodi, Lagos e Al-Waseelat Publishers, 1993; A.S. Weber, *Bioethical Reasoning in Islam*, in «International Journal of Arts and Sciences», 3, 15, 2010, pp. 607-617.

100. Si veda *inter alia Qur'ān* (XVII: 32; XXIV: 2, 4-5). Si veda inoltre *infra*, paragrafo 6.2.

101. Conviventi e coppie omosessuali non possono pertanto generare figli legittimamente. Si veda anche *infra*, paragrafi 6.2 e 7.1.

102. Si veda *infra*, paragrafo 6.1. In effetti, ciò crea una confusione nel lignaggio simile a quella derivante dall'adozione; si veda *supra*, paragrafo 4.3 e *infra*, capitolo IV, paragrafo 5.2. Cfr. capitolo V, paragrafo 6.

103. Secondo alcuni giurisperiti, la masturbazione praticata da soli è vietata. Per quanto attiene alla sessualità nell'*islām*, si vedano la raccolta di saggi a cura di Hunt, più precisamente i capitoli 11-20, S. Hunt (a cura di), *Judaism and Islam*, Abingdon, Routledge. Si veda altresì *infra*, sottosezioni del paragrafo 7 e capitolo IV, paragrafi 4.2.1 e 4.2.2.

richiedono inoltre che non ci sia interferenza nella creazione dell'embrione, ossia che lo sperma sia iniettato artificialmente nell'utero dal marito stesso anziché dal personale preposto presso la clinica[104].

Col tempo, le visioni più rigide sopra riportate si ammorbidirono notevolmente. L'inseminazione artificiale, sia interna che esterna, venne pertanto gradualmente permessa e anche la masturbazione maschile venne ammessa come modalità di raccolta del seme ai fini della fecondazione in vitro. I giurisperiti islamici hanno oltretutto accettato che il responsabile clinico qualificato che esegue i trattamenti di TRA/PMA possa essere un uomo non musulmano, qualora nessun medico donna musulmano, nessun medico donna non musulmano e nessun medico uomo musulmano siano localmente disponibili[105].

Nonostante i giurisperiti islamici abbiano progressivamente adottato un approccio meno severo, a Torino alcuni religiosi e pazienti musulmani sostengono ancora queste esigenze, secondo quanto dimostrato dall'evidenza empirica. Dalle interviste rilasciate dai professionisti medico-sanitari è emerso che venire incontro a (taluni) di questi requisiti può rivelarsi piuttosto problematico nelle cliniche della fertilità locali[106]. Sul territorio italiano, i professionisti sanitari non possono infatti richiedere che i pazienti siano coniugati[107] ed è piuttosto probabile che infermieri e medici musulmani di sesso femminile non siano disponibili presso le cliniche della fertilità[108]. Le strutture ospedaliere potrebbero peraltro non contemplare né la possibilità per la coppia di trascorrere del tempo insieme in privato prima della produzione dei gameti maschili, né che il marito venga attivamente coinvolto nella procedura di fecondazione in vitro[109].

6.1. TRA e PMA secondo i musulmani sunniti

Fino verso la fine degli anni Novanta, il mondo musulmano era generalmente concorde nel consentire le TRA (ma non la PMA)[110], a condizione che il potenziale padre e la potenziale madre fossero vincolati da un contratto di matrimonio valido e conforme alla *sharīʿah* e che nessun donatore oppure madre surrogata fossero coinvolti nel processo riproduttivo. Nel corso del tempo, emersero tuttavia punti di vista discordanti concernenti la «purezza» del lignaggio maschile (*nasab*) e la legittimità del legame di filiazione e/o genitorialità[111], come di seguito esaminato.

---

[104]. Si vedano ad esempio Atighetchi, *Islamic Bioethics: Problems and Perspectives*, cit., a p. 149 e Houot, *Islamic jurisprudence (Fiqh) and assisted reproduction: Establishing limits to avoid social disorders*, cit., a p. 57. Nonostante sia ammessa dalla legge, la fecondazione *in vitro* può comportare – per alcuni religiosi musulmani sciiti – che il bambino concepito abbia un padre, ossia colui cui appartiene il seme, ma non una madre (poiché la fecondazione non è avvenuta nel grembo della donna). Si veda Atighetchi, *Islamic Bioethics: Problems and Perspectives*, cit., a p. 148.

[105]. Si veda *infra*, paragrafo 7.2.

[106]. Come esaminato dettagliatamente *infra*, capitolo IV, sottosezioni dei paragrafi 3 e 4.

[107]. In Italia, i trattamenti di PMA possono essere erogati a coppie stabili sposate o a coppie eterosessuali conviventi. Si veda *supra*, capitolo II, paragrafi 1 e 2.

[108]. Si veda *supra*, capitolo IV, paragrafo 3.1.

[109]. Si veda *supra*, capitolo IV, sottosezioni del paragrafo 4.2.

[110]. La terminologia adottata è illustrata nel capitolo I, paragrafo 2.

[111]. Si vedano ad esempio i punti sollevati da Inhorn e Tremayne (a cura di), *Islam and Assisted Reproductive Technologies: Sunni and Shia Perspectives*, cit., alle pp. 5 e 9.

L'aspetto maggiormente problematico riguarda i trattamenti eterologhi, ossia le tecniche di PMA che prevedano l'apporto di terze parti, sotto forma di gameti maschili/femminili, utero e/o embrioni[112]. La donazione da parte di terzi è oggi consentita solo da alcuni religiosi sciiti[113]. In realtà, i musulmani sunniti avevano inizialmente riconosciuto la maternità surrogata come pratica conforme al diritto islamico. La VII sessione dell'Islamic Fiqh Council aveva in effetti individuato sette metodi di inseminazione artificiali (due interni e cinque esterni) e ammesso la possibilità della maternità surrogata in conformità con la *sharīʿah*. Il ricorso a tale metodo di PMA era consentito in un contesto matrimoniale *ḥalāl*, più nello specifico, nell'ambito di unioni matrimoniali poliginiche. Altrimenti detto, era ammesso che gli embrioni fossero inseriti nell'utero di un'altra moglie dello stesso marito. I giurisperiti islamici hanno così usato un rimedio tradizionale all'assenza involontaria di prole conforme alla *sharīʿah* quale la poliginia per contrastare le difficoltà procreative delle coppie musulmane[114].

Le modalità secondo cui la maternità surrogata può essere ammessa dall'*islām* sono chiarite dalla Risoluzione n° 5 dell'Islamic Fiqh Council come segue:

> L'inseminazione esterna tra sperma e ovulo della coppia avviene nella provetta, dopodiché, lo zigote viene impiantato nell'utero di una donna che si offre volontariamente di ospitarlo. [...] la donna che si offre volontariamente di portare avanti la gravidanza è la seconda moglie del marito a cui appartiene lo sperma e la seconda moglie offre di portare in grembo l'ovulo fecondato della prima moglie. Tale metodo non è diffuso nei paesi stranieri in cui la legge non consenta la poligamia, bensì in quelli in cui la poligamia è ammessa. [...] Il settimo metodo (in cui sperma e ovulo sono prelevati dalla coppia e, una volta che l'inseminazione abbia avuto luogo in provetta, lo zigote viene impiantato nell'utero dell'altra moglie dello stesso marito, poiché si è offerta di sua spontanea volontà di portare a termine la gravidanza per conto della co-moglie, a cui sia stato chirurgicamente asportato l'utero) sembra essere ammissibile secondo il Consiglio, nel caso si renda veramente necessario e le condizioni generali sopracitate siano soddisfatte[115].

Occorre evidenziare che, se si adotta la prospettiva islamica, tale tecnica di PMA eterologa è di fatto da ritenersi alla stregua di un'inseminazione omologa, poiché le parti sono legalmente sposate. In altri termini, perché la maternità surrogata sia conforme alla *sharīʿah*, due donne devono essere sposate con lo stesso marito poligino. Il marito e la moglie che forniscono i gameti vengono considerati genitori biologici del bambino, mentre la portatrice sarà considerata madre di latte del figlio

---

[112]. In modo analogo ai divieti e alle restrizioni inerenti alle procedure di PMA previste originariamente dalla legge italiana sulla riproduzione assistita. Si veda *supra*, capitolo I, paragrafo 1 e capitolo II, paragrafo 4, anche per una comparazione concernente le giustificazioni morali cui si è appellato il legislatore italiano, che ricordano quelle usate nell'Egitto musulmano sunnita. Il tema è ulteriormente trattato *infra*, capitolo VI, paragrafo 2.

[113]. Come discusso *infra*, paragrafo 6.2.

[114]. In merito all'uso esperto dei rimedi sciaraitici tradizionali all'assenza involontaria di prole, si veda *supra*, sottosezioni del paragrafo 4.

[115]. Islamic Fiqh Council, *Resolutions of Islamic Fiqh Council. Makkah Mukarramah, from 1st to 18th Sessions, during 1398-1427H (1977-2006)*, cit., alle pp. 192 e 194.

generato[116]. Effettivamente, «questo bambino ha tratto beneficio dal suo corpo e dal suo organismo [quello della donna che ha dato alla luce il figlio per conto di un'altra donna] più di quanto un figlio di *Ridhaa* tragga beneficio dalla propria madre di *Ridhaa*»[117].

La possibilità di ricorrere alla maternità surrogata nell'ambito di un matrimonio *ḥalāl* poliginico venne però revocata l'anno seguente dai giurisperiti musulmani sunniti[118]. Alcuni membri dell'Islamic Fiqh Council sollevarono problematiche e preoccupazioni[119]: di conseguenza, nel 1985, l'VIII sessione dell'Islamic Fiqh Council riesaminò la precedente risoluzione[120]. Le osservazioni presentate da alcuni partecipanti concernevano due possibili scenari riconducibili all'ipotesi in cui la seconda moglie fungesse da madre surrogata e affermarono, infine, che il trasferimento dell'embrione tra due mogli dello stesso marito dovesse essere rifiutato, poiché avrebbe potuto generare confusione e mescolanza nel lignaggio (*nasab*)[121].

La summenzionata Risoluzione n° 2, così come emessa dal Consiglio del Fiqh islamico (Islamic Fiqh Council) nel 1985, fu indirettamente approvata anche dalla III sessione del Consiglio dell'Accademia di diritto musulmano nel 1986[122], nello stabilire quanto segue:

> [...] Risulta evidente al Consiglio che esistono sette (7) metodi noti, attualmente utilizzati, di inseminazione artificiale:
>
> (A) I primi cinque metodi sono tutti proibiti e assolutamente vietati "in sé" o a motivo delle conseguenze che si manifestano nella confusione concernente la parentela o la perdita della maternità o altre conseguenze

---

116. Allattamento al seno e maternità di latte sono stati esaminati *supra*, al paragrafo 4.3 e *infra*, al paragrafo 6.2.

117. Islamic Fiqh Council, *Resolutions of Islamic Fiqh Council. Makkah Mukarramah, from 1st to 18th Sessions, during 1398-1427H (1977-2006)*, cit., a p. 195. Per un'ulteriore analisi, si vedano *inter alia* Sachedina, *Islamic Biomedical Ethics: Principles and Application*, cit., a p. 117; Al-Bar e Chamsi-Pasha, *Contemporary Bioethics Islamic Perspective*, cit., p. 177. La medesima risoluzione fu poi appoggiata sia dalla III sessione dell'Accademia di diritto musulmano di Jeddah nel 1986 (Resolution No. 5: 4-3), sia dalla prima conferenza internazionale sulla Bioetica nella Riproduzione Umana nel mondo musulmano (Cairo) nel 1991. La maternità surrogata fu anche condannata da diverse *fatāwā*. Si veda anche Atighetchi, *Islamic Bioethics: Problems and Perspectives*, cit., pp. 145-146, Serour, Aboul-Ghar e Mansour, *Infertility: A health problem in the Muslim world*, cit.; Serour, Omran e Barzelatto (a cura di), *International Conference on «Bioethics in Human Reproduction Research in the Muslim World» (1st 1991 Cairo Egypt) Markaz al-Dawli al-Islami lil-Dirasat wa-al-Buḥuth al-Sukkaniyah. Ethical guidelines for human reproduction research in the Muslim world: based on highlights, papers, discussions, and recommendations of the the [sic] First International Conference on Bioethics in Human Reproduction Research in the Muslim World*, Cairo, 10-13 dicembre 1991, cit.

118. Riformulate nel 1990 dalla XII sessione dell'Islamic Fiqh Council, *Resolutions of Islamic Fiqh Council. Makkah Mukarramah, from 1st to 18th Sessions, during 1398-1427H (1977-2006)*, cit., alle pp. 343-344.

119. *Ibidem*, a p. 203.

120. La VII sessione si svolse dall'11 al 16 Rabi Al-Aakhir 1404H, mentre l'VIII sessione si tenne dal 28 Rabi Al-Aakhir 1405H al 7 Jumad Al-Oula 1405H.

121. Islamic Fiqh Council, *Resolutions of Islamic Fiqh Council. Makkah Mukarramah, from 1st to 18th Sessions, during 1398-1427H (1977-2006)*, cit., alle pp. 203-204. Come chiarisce Atighetchi, le ipotesi facevano riferimento a due possibili situazioni. La prima attiene al caso del concepimento di un figlio da parte di un marito poligamo con la seconda moglie (incinta dell'embrione della prima moglie e del marito), mentre la donna porta in grembo il feto impiantato. Il secondo caso concerne l'aborto di uno dei due feti. Secondo i giurisperiti islamici, tale pratica sarebbe da condannare, data l'impossibilità di determinare quale sia il feto/figlio naturale e quale quello impiantato artificialmente. Non è chiaro perché l'esame del DNA non sia stato considerato quale mezzo per stabilire la maternità biologica del/i figlio/i nato/i. Si vedano Atighetchi, *Islamic Bioethics: Problems and Perspectives*, cit., a p. 144; Id., *Islam e bioetica*, cit.; Id. *L'inizio della vita nel diritto islamico*, in A. Rabello, D. Milani e D. Atighetchi, *Intorno alla vita che nasce: diritto ebraico, canonico e islamico a confronto*, Torino, Giappichelli, 2013, pp. 195-303, alle pp. 252-253.

122. Si veda Resolution No. 16 (4-3), 8-13 Safar 1407H. Fiqh Academy, *Resolution and Recommendations of the Council of the Islamic Fiqh Academy (1985-2000)*, Jeddah, Islamic Research and Training Institute, Islamic Development Bank, 2001.

vietate dalla *shari'a*. Tali metodi sono:

(1) La fecondazione in vitro tra il seme tratto dal marito e l'uovo proveniente da una donna che non è sua moglie, l'uovo viene poi impiantato nell'utero della moglie.

(2) La fecondazione in vitro tra il seme tratto da un uomo che non è il marito e l'uovo preso dalla moglie di un altro uomo, poi l'uovo fecondato è impiantato nell'utero di questa donna.

(3) La fecondazione in vitro tra seme e ovulo provenienti da coniugi, poi l'uovo fecondato viene impiantato nell'utero di una volontaria.

(4) La fecondazione in vitro tra seme maschile e uovo femminile, gameti provenienti entrambi da estranei, poi l'uovo fecondato viene impiantato nell'utero della moglie di un altro uomo.

(5) La fecondazione in vitro tra seme e uovo dei coniugi, e successivo impianto nell'utero di un'altra moglie dello stesso uomo.

(B) Comunque, ad opinione dell'Accademia, non ci sono obiezioni al ricorso al sesto e settimo metodo, in caso di necessità e a condizione che tutte le precauzioni siano prese. I due metodi sono:

(6) Fecondazione in vitro dell'uovo di una donna con il seme del marito e successivo impianto dell'uovo fecondato nell'utero della stessa donna.

(7) Inseminazione esterna, dopo aver recuperato il seme del marito ed averlo iniettato nell'utero della moglie per una fecondazione in vivo. […][123].

Da allora, le autorità religiose sunnite non consentono il ricorso all'assistenza riproduttiva con il coinvolgimento di terzi, sotto forma di surrogazione gestazionale, donazione di gameti maschili/femminili e donazione di embrioni. I cosiddetti «bambini in provetta» sono al contrario ritenuti frutto di una pratica lecita per l'*islām*, a condizione che il trattamento di fertilità «coinvolga una coppia sposata fintanto che il matrimonio è valido e che si presti sufficiente e meticolosa attenzione al fine di evitare confusione nel lignaggio»[124].

Come specifica Atighetchi, le ragioni che giustificano il rifiuto della maternità surrogata tra i musulmani sunniti si fondano anche sul divieto di vedere e toccare le parti intime del corpo femminile e di «mercificare» le stesse (ossia l'utero)[125]. In realtà, le motivazioni esposte dai giurisperiti islamici ruotano prevalentemente intorno al rischio di adulterio o fornicazione (*zinā'*), alla purezza del lignaggio (*nasab*), alla confusione genealogica, alla possibilità di incesto tra fratellastri o sorellastre figli di donatori anonimi, nonché al diritto del bambino di conoscere le proprie origini[126].

---

[123]. *Ibidem*, alle pp. 28-29. Per la traduzione in lingua italiana si è fatto riferimento ad Atighetchi, *L'inizio della vita nel diritto islamico*, cit., a p. 250.

[124]. Si vedano, ad esempio, le raccomandazioni di Abd Al-Aziz Kamel, (1984), più precisamente la raccomandazione n°5, che tratta di «Bambini in provetta (e maternità surrogata)». Il seminario decretò che tale pratica è legittima solo nel caso in cui sia coinvolta una coppia sposata fintanto che il matrimonio è valido e che si presti sufficiente e meticolosa attenzione al fine di evitare confusione nel lignaggio, sebbene anche nelle suddette circostanze sussistano alcune riserve, basate sul divieto preventivo. Si stabilì anche che la pratica è illecita qualora coinvolga parti estranee, siano esse sotto forma di seme, ovulo o grembo; in A.R. Al-Gindi (a cura di), *Islam and Current Medical Concerns. Volume I. The Full Minutes of the Seminar on Human Reproduction in Islam, Held on May 24, 1983 A.D. (Sha'aban 11, 1403 H).* Con la supervisione e introduzione del Dr. Abd El-Rahman Abdulla Al-Awadhi, Ministro della Salute Pubblica e della Pianificazione, Presidente dell'Organizzazione Islamica per le Scienze Mediche. Tradotto da M. Muneer e S. Asbahi, Kuwait, Islamic Organisation for Medical Science, 1984.

[125]. Atighetchi, *L'inizio della vita nel diritto islamico*, cit., alle pp. 253-254.

[126]. Come sottolinea Inhorn, *(Islamic) ART Journeys and moral pioneers. New reproductive technologies in Islamic local moral worlds*, cit., p. 23. Si veda anche M.C. Inhorn, *Local Babies, Global Science: Gender, Religion and In Vitro Fertilization in Egypt*, cit.; Id. *Fatwas and ARTs: IVF and Gamete Donation in Sunni v. Shi'a Islam*, cit.; S. Tremayne, *Law, Ethics, and Donor Technologies in Shia Iran*, in D. Birenbaum-Carmeli e M.C. Inhorn (a cura di), *Assisting Reproduction,*

Alcuni di questi argomenti, come trattato in precedenza, riflettono le spiegazioni espresse contro l'adozione[127]. In effetti, secondo l'*islām*, lo spettro della bioetica islamica è più ampio rispetto a quello della bioetica occidentale, «perché la bioetica islamica non riguarda solo l'identità del bambino, ma anche la castità della donna interessata»[128]. Un simile approccio può spiegare anche perché alcune questioni connesse alla PMA – quali aborto, eugenetica e crioconservazione degli embrioni – siano state sollevate dai soggetti d'indagine nell'affrontare il tema della procreazione medicalmente assistita[129].

6.2. TRA e PMA secondo i musulmani sciiti

Per quanto concerne il mondo musulmano sciita, sono stati legittimati, almeno entro una certa misura, vari metodi di PMA che prevedono il contributo di donatori in termini di ovuli, spermatozoi, embrioni e uteri.

Tremayne evidenzia che tale apertura è resa possibile soprattutto in virtù del ruolo chiave giocato dalle autorità religiose ufficiali della teocrazia iraniana sciita, che «trovano soluzioni per legittimare la donazione da parte di terzi senza infrangere nessuna delle norme islamiche connesse ad adulterio e incesto»[130]. Diversamente da quanto avviene per gli sforzi interpretativi collettivi sunniti[131], tra le denominazioni sciite, l'*iǧtihād*[132] individuale è infatti praticato diffusamente ed esiste di conseguenza una pluralità di ugualmente autorevoli pareri giuridico-religiosi (*fatāwā*)[133].

La distinzione tra gli approcci interpretativi delle due principali denominazioni islamiche non è tuttavia così rigida. Da un lato, se nell'*islām* sunnita non esiste una suprema autorità giuridico-religiosa e pertanto nemmeno una gerarchia, per i musulmani sciiti l'autorità religiosa è invece strutturata in modo più formale[134]. D'altro canto, secondo entrambe le interpretazioni, quando viene emessa una

---

Testing Genes: Global Encounters with the New Biotechnologies, NY, Oxford, Berghahn, 2009, pp. 144-163; Id., *The «Down Side» of Gamete Donation: Challenging «Happy Family» Rhetoric in Iran*, cit., pp. 130-156; Clarke, *Closeness in the Age of Mechanical Reproduction: Debating Kinship and Biomedicine in Lebanon and the Middle East*, cit.; Id., *Islam and New Kinship: Reproductive Technology and the Shariah in Lebanon*, cit.; Z.B. Ahmed, *The concept «in-vitro fertilization and egg donation»: An Islamic point of view*, in «Journal of Education, Arts and Humanities», 2, 4, 2014, pp. 54-58.

[127]. Si veda *supra*, paragrafo 4.3 e *infra*, capitolo IV, paragrafo 5.2.

[128]. Islam, *Ethics of Assisted Reproductive Medicine. A Comparative Study of Western Secular and Islamic Bioethics*, cit., alle pp. 115-116.

[129]. In riferimento a tali temi, si veda *infra*, paragrafi 7.3.2-7.3.4; capitolo IV, paragrafo 3.3 e capitolo V, paragrafi 5 e 8.

[130]. Tremayne, *The «Down Side» of Gamete Donation: Challenging «Happy Family» Rhetoric in Iran*, cit., a p. 131. Si veda anche Tremayne, *Law, Ethics, and Donor Technologies in Shia Iran*, cit.

[131]. Alcuni esempi sono stati riportati *supra*, nel precedente paragrafo 6.1.

[132]. Letteralmente questo termine significa «sforzo (interpretativo)» e viene generalmente tradotto come «ragionamento giuridico indipendente». Si veda ad esempio B.G. Weiss, *Interpretation in Islamic law: The theory of ijtihad*, in «American Journal of Comparative Law», 26, 2, 1978, pp. 199-212.

[133]. Come illustrato da Gleave, la principale scuola di giurispruenza sciita sosteneva che il loro sistema giuridico avesse continuato a svilupparsi grazie all'uso dell'*iǧtihād*, sebbene il ragionamento giuridico indipendente non fosse sostenuto all'unanimità. Si veda R. Gleave, *Akhbari Shi'i usul al-fiqh and the juristic theory of Yusuf al-Bahrani*, in R. Gleave e E. Kermeli (a cura di), *Islamic law. Theory and practice*, London, I.B. Tauris, 1997, pp. 24-45.

[134]. Secondo i musulmani sciiti duodecimani, ad esempio, una volta che l'abilità di una figura religiosa sia stata riconosciuta dai colleghi accademici, questi è qualificato a esercitare il proprio ragionamento indipendente (*iǧtihād*) in materia di diritto religioso. Qualora l'erudito sia acclamato come «fonte di imitazione», egli è autorizzato anche ad agire in veste di guida

fatwā, è sempre considerata come pertinente a un contesto specifico e a una particolare situazione. Ne consegue che la flessibilità della *sharīʿah* può essere sfruttata per accogliere le necessità quotidiane degli aspiranti genitori musulmani anche per quanto attiene al concepimento e/o alla procreazione assistiti[135].

La distinzione esistente tra musulmani sunniti e sciiti nel consentire procedure di TRA o PMA quali soluzioni sciaraitiche all'assenza di prole deve quindi essere ricercata nella diversità di approccio rispetto ad alcuni temi, in particolare *zinā'* e *nasab*[136].

In merito alla seconda questione, la parola araba *nasab* indica convenzionalmente la linea di discendenza paterna, la quale identifica il lignaggio e può essere facilmente determinata in base alla lista di patronimici di un soggetto musulmano. Come delucidato da Garmaroudi Naef, la nozione sunnita di *nasab* assume una forma di agnazione maschile, mentre i musulmani sciiti riconoscono una sorta di filiazione bilaterale, sia da parte di madre che di padre. Ciò implica che, nella creazione del *nasab* del bambino, viene riconosciuto un ruolo (più) simmetrico a entrambi i genitori biologici; i trattamenti di RMA eterologhi possono pertanto essere ammessi[137].

Atighetchi spiega inoltre che, nell'*islām* sciita, fecondazione e inseminazione artificiali eterologhe sono considerate entrambe come atti illeciti. Purtuttavia, il figlio concepito è legalmente imparentato con il proprietario del seme, pertanto devono essere applicate tutte le norme connesse ad ascendenza ed eredità[138]. D'altro canto, l'*islām* sunnita considera illegittimo qualunque trattamento di fertilità che coinvolga un donatore. Un figlio concepito attraverso un «rapporto sessuale procreativo eterologo» naturale o artificiale, sia *in vivo* che *in vitro*, non può dunque appartenere ad alcun *nasab*

---

morale per le persone non qualificate. Non solo i giurisperiti islamici, ma anche il sistema politico di un paese a maggioranza musulmana può nominare un esperto di religione (*faqih*), com'è avvenuto in Iran. Tali argomenti sono ulteriormente trattati in Clarke, *Islam and New Kinship: Reproductive Technology and the Shariah in Lebanon*, cit., a p. 28. In merito alla pluralizzazione delle voci autorevoli nel mondo musulmano, si veda anche P. Mandaville, *Globalization and the Politics of Religious Knowledge. Pluralizing Authority in the Muslim World*, in «Theory, Culture & Society», 24, 2, 2007, pp. 101-115.

[135]. Quanto enunciato assume ulteriore rilevanza nei paesi a maggioranza musulmana in cui alla *sharīʿah* è demandato il compito di colmare i vuoti giuridici concernenti tali temi. Inhorn, *Fatwas and ARTs: IVF and Gamete Donation in Sunni v. Shi'a Islam*, cit.; Id., *Making Muslim babies: IVF and gamete donation in sunni versus shi'a islam*, cit.; Id., *Reproduction: New Technologies*, cit.; Id., *(Islamic) ART Journeys and moral pioneers. New reproductive technologies in Islamic local moral worlds*, cit.; Gürtin, Inhorn e Tremayn, *Islam and Assisted Reproduction in the Middle East: Comparing the Sunni Arab World, Shia Iran and Secular Turkey*, cit. Si veda anche *infra*, capitolo VI, paragrafo 4.

[136]. Un confronto tra le visioni sunnite e sciite, si trova *inter alia* in A. Büchler e E.S. Kayasseh, *Medically Assisted Reproduction in Egypt, Iran, Saudi Arabia and the United Arab Emirates. Sunni and Shia Legal Debates*, in «European Journal of Law Reform», 16, 2, 2014, pp. 430-464; Griffel, *Introduction*, cit.; Gürtin, Inhorn e Tremayne, *Islam and Assisted Reproduction in the Middle East: Comparing the Sunni Arab World, Shia Iran and Secular Turkey*, cit.; C. Harrison, *Who is your Mother? Who is your Father? Assisted Reproductive Technologies in the Light of Sunni and Shi'a Law*, in «Journal of Shi'a Islamic Studies», 7, 1, 2014, pp. 23-37; Inhorn, *Fatwas and ARTs: IVF and Gamete Donation in Sunni v. Shi'a Islam*, cit.; Id., *Making Muslim babies: IVF and gamete donation in sunni versus shi'a islam*, cit.; Inhorn e Gürtin, *Infertility and Assisted Reproduction in the Muslim Middle East: Social, Religious, and Resource Considerations*, cit.; Inhorn e Tremayne (a cura di), *Islam and Assisted Reproductive Technologies: Sunni and Shia Perspectives*, cit.

[137]. Si veda S. Garmaroudi Naef, *Gestational Surrogacy in Iran: Uterine Kinship in Shia Thought and Practice*, in Inhorn e Tremayne (a cura di), *Islam and Assisted Reproductive Technologies: Sunni and Shia Perspectives*, cit., rispettivamente a p. 158 e alle pp. 166-170.

[138]. Tale circostanza si verifica a condizione che «l'uomo non prenda parte direttamente all'atto sessuale-procreativo», come chiarisce l'autore citato. Viceversa, se il bambino viene concepito direttamente tramite rapporto sessuale adultero, il figlio avrà un legame giuridico (e relativi diritti a ereditare) con la sola madre. Atighetchi, *Islamic Bioethics: Problems and Perspectives*, cit., alle pp. 148-149.

paterno (biologico o sociale). La patrilinearità viene quindi interrotta[139].

La seconda ragione a supporto del consenso (limitato) a favore della PMA si trova nell'interpretazione del concetto di *zinā*'. Come accennato in precedenza, questo termine arabo indica un rapporto sessuale illecito e include sia la fornicazione tra soggetti non sposati, sia l'adulterio di individui coniugati[140]. Il rapporto sessuale illecito tra un uomo e una donna che non siano tra loro coniugati (secondo il diritto islamico) è un reato esplicitamente sanzionato dal Corano[141]. Dal punto di vista dei musulmani sunniti, la donazione di gameti maschili/femminili e la maternità surrogata implicano la *zinā'*; qualunque metodo di PMA che coinvolga terze parti comporta, pertanto, un rapporto sessuale illecito e i figli eventualmente concepiti saranno quindi ritenuti illegittimi[142]. Ciononostante, un bambino nato fuori dal matrimonio è considerato legittimo in due casi: matrimonio viziato e rapporti sessuali incerti[143]. Nel caso di irregolarità nella procedura nuziale, o di rapporti eterosessuali all'interno di quello che le parti credevano essere un contesto religiosamente legittimante, quindi, non si parla di *zinā'* e il figlio verrà considerato come «concepito lecitamente». Non è dato sapere, tuttavia, in che misura tali norme islamiche siano effettivamente applicate dai musulmani sunniti che si sottopongono a pratiche di RMA. I dati rilevati sul campo indicano comunque che alcuni genitori intenzionali musulmani sunniti optano per trattamenti di fertilità con donazione da parte di terzi[144].

Adottando invece la prospettiva sciita, la *zinā'* non dipende dal contatto e dal trasferimento di sostanze corporee, bensì da contatti sociali e fisici tra partner sessuali non coniugati tra loro. Pertanto, se l'inseminazione con sperma di un donatore non implica la penetrazione, allora non può essere classificata quale rapporto sessuale illecito, come osserva Mahmoud[145]. Analogamente, la donazione di embrioni e la maternità surrogata tra fratelli/sorelle sono permesse e non costituiscono incesto[146]. Ne consegue persino che «fratelli e sorelle possono creare embrioni insieme, alcuni per aiutare i propri fratelli, ma molti con lo scopo di trarne un guadagno»; alcuni uomini tendono infatti a donare il proprio seme ai fratelli infertili oppure alle loro sorelle, qualora siano coniugate con mariti infertili[147].

La donazione da parte di terzi di gameti femminili/maschili può tuttavia essere osteggiata sulla base del fatto che l'ovulo o lo sperma di «un'altra» persona «si introduce in un luogo a cui non

---

[139]. Per un confronto con lo status della prole concepita grazie a tecniche di PMA sul territorio italiano, si veda *supra*, capitolo II, paragrafo 1 e *infra*, capitolo VI, paragrafo 2.

[140]. Si veda anche E. Semerdjian, *Zinah*, in J.L. Esposito (a cura di), *The Oxford Encyclopedia of the Islamic World*, Oxford, OUP, 2009.

[141]. Si veda *supra*, paragrafo 6.

[142]. Si veda *supra*, paragrafo 6.1.

[143]. Si veda T. Eich, *Constructing kinship in Sunni Islamic legal texts*, in Inhorn e Tremayne (a cura di), *Islam and Assisted Reproductive Technologies: Sunni and Shia Perspectives*, cit., pp. 27-52, alle pp. 29-30.

[144]. Come rivelano i dati analizzati *infra*, nel capitolo V, paragrafo 6.

[145]. F. Mahmoud, *Controversies in Islamic evaluation of assisted reproductive technologies*, cit., alle pp. 80-81.

[146]. Come discusso *infra*, nel capitolo IV, sottosezioni del paragrafo 4.2, tale eventualità può effettivamente verificarsi anche in cliniche della fertilità locali, benché sia in contrasto con la legge italiana (v. capitolo II, paragrafo 1). Dal punto di vista medico, detta pratica comporta gravi rischi di malformazioni congenite e malattie autosomiche recessive, e può portare a un maggiore tasso di aborti spontanei e di interruzioni di gravidanza.

[147]. Tremayne, *The «Down Side» of Gamete Donation: Challenging «Happy Family» Rhetoric in Iran*, cit., a p. 139. Tremayne sottolinea che in alcune cliniche di IVF iraniane gli uomini musulmani possono effettivamente usare il seme dei propri fratelli per ingravidare le mogli, a loro insaputa; si veda S. Tremayne, *Whitherkinship? Assisted reproductive technologies and relatedness in Islamic Republic of Iran*, in Hampshire e Simpson (a cura di) *Assisted reproductive technologies in the third phase. Global encounters and emerging moral worlds*, cit. pp. 69-82.

appartiene»[148]. Nell'ambito delle unioni poliginiche, tuttavia, i giurisperiti sciiti approvano sia la maternità surrogata, sia la donazione di ovuli ed embrioni[149]. Un rimedio tradizionale islamico quale la poliginia viene pertanto usato al fine di legittimare il ricorso alle tecniche di PMA[150].

Inoltre, nel caso in cui non abbia luogo alcun atto proibito – quali sguardi, contatti fisici o rapporti sessuali illeciti – tra le parti coinvolte, anche la donazione di gameti maschili può essere legittimamente ammessa. L'ovulo di una donna sposata può quindi essere fecondato con lo sperma di un «estraneo» e poi essere impiantato nell'utero della donna stessa, secondo quanto illustrato da Garmaroudi Naef[151]. Secondo i musulmani sciiti, esistono due possibilità atte a rendere conformi alla *sharīʿah* i trattamenti eterologhi con donatore di gameti maschili. La prima è che la donna divorzi dal proprio marito e, una volta che sia trascorso il periodo di attesa previsto dal diritto islamico[152], sposi il donatore di sperma. Quando la donna abbia dato alla luce il bambino concepito con il secondo marito (ossia il donatore), può divorziare dal secondo marito e risposare il primo marito[153]. Seguendo un percorso che prevede molteplici cambiamenti nella famiglia nucleare dei genitori intenzionali – ossia divorzio-matrimonio-divorzio-matrimonio – è quindi possibile creare una famiglia *ḥalāl* avvalendosi della donazione di gameti maschili[154].

Il secondo accomodamento è reso possibile da alcune specifiche tecniche di PMA. In pratica, è possibile aggirare il problematico passaggio del seme del donatore attraverso la vagina di una donna sposata con un altro uomo grazie al trasferimento intratubarico di gameti (GIFT) e al trasferimento intratubarico di zigoti (ZIFT). Tali tecniche consentono di evitare il transito attraverso la vagina, prevenendo così il contatto illecito tra i gameti maschili del donatore e le parti intime della donna; il trattamento di fertilità risulta tuttavia più complicato, invasivo e dispendioso[155]. Le tecniche riproduttive assistite possono dunque conciliare le esigenze assai specifiche dei musulmani e fornire una soluzione conforme alla *sharīʿah* alle difficoltà procreative delle coppie musulmane.

---

[148]. Per ulteriori dettagli, si vedano *inter alia* Garmaroudi Naef, *Gestational Surrogacy in Iran: Uterine Kinship in Shia Thought and Practice*, cit., alle pp. 158, 175 e 169; e Sachedina, *Islamic Biomedical Ethics: Principles and Application*, cit., a p. 117. Si veda altresì Abbasi-Shavazi *et al.*, *The «Iranian ART Revolution»: Infertility assisted reproductive technology, and third-party donation in the Islamic republic of Iran*, cit.; e Atighetchi, *Islamic Bioethics: Problems and Perspectives*, cit., alle pp. 148-151.

[149]. Mahmoud, *Controversies in Islamic evaluation of assisted reproductive technologies*, cit., a p. 79.

[150]. Si veda *supra*, paragrafo 4.2

[151]. Garmaroudi Naef, *Gestational Surrogacy in Iran: Uterine Kinship in Shia Thought and Practice*, cit., alle pp. 158, 164-165. Secondo alcuni, tuttavia, l'impianto del seme nell'utero della moglie di un altro uomo non è permesso. In altre parole, la surrogazione gestazionale è reputata ammissibile, mentre è vietata quella tradizionale. Si veda *Ibidem*, alle pp. 165-166. Si veda altresì Inhorn, *Local Babies, Global Science: Gender, Religion and In Vitro Fertilization in Egypt*, cit.; Id., *Making Muslim babies: IVF and gamete donation in sunni versus shi'a islam*, cit..

[152]. In lingua araba è detto *al-ʿiddah*. Il periodo del cosiddetto ritiro legale dura tre mesi lunari per le donne divorziate o vedove; se la donna è incinta, l'*ʿiddah* dura finché non abbia partorito il bambino. Si veda anche *Qur'ān* (II: 228, 234-235).

[153]. Per ulteriori dettagli concernenti tale complessa procedura, si veda Garmaroudi Naef, *Gestational Surrogacy in Iran: Uterine Kinship in Shia Thought and Practice*, cit. Un'analisi approfondita in merito a tali trattamenti di fertilità sul territorio italiano e torinese si trova *supra*, nel capitolo II, paragrafi 5 e 6.

[154]. Per quanto attiene ai mutamenti conformi alla *sharīʿah* nella famiglia nucleare dei genitori intenzionali, si veda *supra*, paragrafo 4.2

[155]. Ulteriori dettagli si possono trovare in Mahmoud, *Controversies in Islamic evaluation of assisted reproductive technologies*, cit. Si veda altresì Id., *Practitioner perspective: Practising ARTs in Islamic context*, in Hampshire e Simpson (a cura di), *Assisted reproductive technologies in the third phase. Global encounters and emerging moral worlds*, cit., pp. 83-91. Le tipologie di trattamenti di fertilità offerti dai centri accertati di procreazione medicalmente assistita In Italia e a Torino sono elencati *supra*, nel capitolo II, paragrafi 5 e 6. Dati quantitativi concernenti le procedure omologhe ed eterologhe sono forniti *infra*, nel capitolo V, paragrafi 5 e 6.

Per quanto concerne la maternità surrogata, l'impianto di embrioni nell'utero di un'altra moglie del marito (oppure di un'altra donna, secondo alcune autorità religiose) è ritenuto ammissibile dal punto di vista religioso[156]. Tuttavia, Mahmoud chiarisce che, qualora la donatrice sia una delle mogli, «il lignaggio del bambino viene mantenuto e la confusione nella linea di discendenza e la mescolanza della genealogia sono minime, essendo limitate unicamente al contributo della suddetta co-moglie, che, dopotutto, è "di famiglia"»[157].

L'ovulo o gli ovuli fecondati di una coppia sposata possono inoltre essere impiantati nell'utero di un'altra donna. Si possono identificare due interpretazioni concernenti tale pratica. Alcuni giurisperiti esigono che l'uomo contragga un legittimo matrimonio temporaneo conforme al diritto islamico sciita – detto *nikāḥ al-mutʿah* – con la madre surrogata intenzionale: perché la surrogazione di maternità possa essere *ḥalāl,* deve inscriversi all'interno di una sorta di «unione matrimoniale poligamica temporanea». Altri esperti di diritto islamico non ritengono che il matrimonio temporaneo sia necessario, considerato che la procedura non implica alcun rapporto sessuale tra l'uomo coniugato con un'altra donna e l'aspirante madre surrogata. Quest'ultima, a sua volta, può infatti essere una donna coniugata oppure nubile, una donna sposabile oppure proibita come moglie all'uomo (*maḥram*) e può anche essere una sorella di uno dei genitori intenzionali[158].

In tali circostanze, la parentela materna della prole generata è tuttavia controversa. Secondo alcuni giurisperiti, la madre del bambino è la donna a cui appartiene l'ovulo fecondato; per altri, è la donna che ha portato a termine la gravidanza e che ha dato alla luce il bambino a dover essere considerata la madre[159], in base a quanto afferma il *Qur'ān* (LVIII: 2): «[...] le loro madri son solo quelle che li hanno generati [...]»[160]. Secondo alcune interpretazioni, la madre surrogata gestazionale dovrebbe essere considerata quale madre di latte del bambino[161].

È bene sottolineare che le argomentazioni cui si è poc'anzi accennato riassumono i ragionamenti adottati dalle autorità religiose e dai giurisperiti islamici, mentre i musulmani infertili potrebbero abbracciare punti di vista differenti. Alcune ricerche indicano, ad esempio, che in Libano i genitori intenzionali musulmani, sia sunniti sia sciiti, sono contrari alla donazione di gameti maschili; analogamente, un altro studio rivela che il 60% delle coppie iraniane infertili rifiuta categoricamente i matrimoni temporanei quali formule sciaraitiche atte a consentire trattamenti di PMA eterologhi[162].

È invece più probabile che gli aspiranti genitori musulmani (sunniti), più individualizzati e residenti in paesi europei, siano inclini nell'adottare le vie creative qui analizzate ed atte a legittimare i

---

[156]. Altrimenti detto, la surrogazione gestazionale è reputata ammissibile, mentre quella tradizionale (che prevede l'inserimento del seme di un uomo che non sia il marito della donna nell'utero della stessa) è vietata. Si veda Garmaroudi Naef, *Gestational Surrogacy in Iran: Uterine Kinship in Shia Thought and Practice*, cit., alle pp. 165-166.

[157]. Mahmoud, *Controversies in Islamic evaluation of assisted reproductive technologies*, cit., a p. 79.

[158]. Si vedano Garmaroudi Naef, *Gestational Surrogacy in Iran: Uterine Kinship in Shia Thought and Practice*, cit., alle pp. 166-175 e Sachedina, *Islamic Biomedical Ethics: Principles and Application*, cit., alle pp. 117-118.

[159]. La maternità potrebbe quindi essere stabilita attraverso il ragionamento giuridico-teologico islamico anziché tramite definizioni biologiche.

[160]. Per la traduzione in lingua italiana è stato utilizzato Bausani (a cura di), *Il Corano*, cit., a p. 413.

[161]. Per quanto concerne le madri di latte, si veda *supra*, paragrafi 4.3 e 6.1.

[162]. *Inter alia*, si vedano rispettivamente Mahmoud, *Controversies in Islamic evaluation of assisted reproductive technologies*, cit.; e Inhorn, *Making Muslim babies: IVF and gamete donation in sunni versus shi'a islam*, cit. Per un confronto con altri paesi a maggioranza musulmana, si veda T.H. Hull, *Reproductive health trends in Islamic countries*, in W.J. Gavin e M.S. Karim (a cura di), *Islam, the state and population policy*, London, Hurst & Co, 2005, pp. 56-80.

trattamenti di PMA, combinando diversi rimedi sciaraitici all'assenza di prole con tecniche medico-sanitarie. Secondo quanto dimostrano i dati quantitativi esaminati, attualmente alcuni pazienti musulmani si sottopongono in effetti a procedure eterologhe a Torino[163].

7. Aspetti (potenzialmente) problematici di TRA e PMA conformi alla sharīʿah

In base a quanto analizzato nei paragrafi precedenti, occorre prestare particolare attenzione ad alcune questioni concernenti l'attuazione pratica delle disposizioni islamiche in merito a TRA e PMA.

Nel corso delle interviste, le figure religiose locali non affrontavano nel dettaglio le posizioni dei dotti islamici a proposito delle tecniche di riproduzione assistita consentite o ritenute illecite, preferivano invece concentrare l'attenzione su problematiche di ordine pratico. Secondo quanto rivelato dalle indagini etnografiche, i potenziali genitori musulmani alla ricerca di indicazioni relative a temi bioetici si rivolgerebbero infatti ad *a'immah* locali, o cercherebbero risposte semplicemente informandosi navigando su Internet, dove è possibile trovare alcune disposizioni sulle TRA. In realtà, le linee guida sui metodi procreativi conformi alla *sharīʿah* sono reperibili principalmente in raccomandazioni e risoluzioni emesse da organizzazioni pan-musulmane, oppure in ragionamenti e pareri giuridici pronunciati da giurisperiti islamici (operanti in paesi a maggioranza musulmana) su specifica richiesta da parte di aspiranti genitori musulmani osservanti.

Basandosi su considerazioni pratiche anziché teoriche, i responsabili degli organismi islamici e dei centri di culto locali portavano l'attenzione su alcuni aspetti (potenzialmente) problematici attinenti alle tecniche di PMA e su alcune questioni connesse alla fertilità. Il divieto per le coppie non sposate di ricorrere a trattamenti di fertilità e la proibizione assoluta di avvalersi di procedure di PMA eterologhe possono essere enumerati tra gli argomenti cui hanno più spesso fatto riferimento[164]. Venivano inoltre messi particolarmente in evidenza alcuni bisogni *ad hoc* dei musulmani: quelli riportati riguardavano prevalentemente la necessità di essere seguiti da un medico donna (musulmano), in aggiunta a precise richieste da soddisfare durante il mese di *ramadhān.* I dati rilevati sul campo indicavano inoltre che occorre prestare particolare attenzione ad alcune procedure connesse alla PMA: nello specifico, diagnosi preimpianto, eugenetica, diagnosi prenatale, aborto terapeutico e crioconservazione di gameti ed embrioni. I sottoparagrafi successivi esaminano tali aspetti (potenzialmente) problematici che si collocano al crocevia tra bioetica occidentale e islamica.

7.1. Esclusivamente pazienti musulmani coniugati

In ottemperanza alla legge italiana, i responsabili clinici della medicina riproduttiva richiedono ai pazienti di dichiarare di essere parte di una coppia eterosessuale stabile; né un certificato di

[163]. Si veda *infra*, paragrafo 7.1. e capitolo V, paragrafo 6.

[164]. Mentre la prima restrizione non può essere attuata sul territorio italiano (poiché i medici non sono tenuti a verificare se la coppia stabilmente convivente che richiede trattamenti di PMA sia effettivamente sposata), la seconda era in linea con il divieto iniziale italiano circa le procedure di fertilità con donazione. Si veda *supra*, capitolo I, paragrafo 1; capitolo II, paragrafi 1 e 4.

matrimonio, né nessun'altra prova sono o possono essere richiesti al fine di sottoporsi ad una procedura di PMA in una clinica della fertilità locale[165]. Secondo la prospettiva dell'*islām*, gli aspiranti genitori musulmani che desiderino sottoporsi a trattamenti di fertilità conformi alla *sharīʿah* devono essere regolarmente coniugati; non è ammessa alcuna eccezione in merito a questo punto. L'importanza cruciale di tale aspetto essenziale è stata chiarita dalle dichiarazioni rese da alcune figure religiose locali. Un *imām*, ad esempio, affermava che:

> Ah, quello [pazienti non sposati] ...se lo scordi! Non esiste! Il matrimonio è la chiave… se uno [un uomo] ha un figlio da una donna prima di essere sposati, quel figlio... è un'altra cosa! Non è... non è legittima [discendenza]! L'*islām* è chiaro su questo. Vede, il matrimonio è molto, molto, molto importante per noi – non è un gioco! La gente, oggi, lo prende come un gioco, sa… […] ma, se uno è sposato, allora non c'è problema, può senz'altro farlo [ricorrere a trattamenti medici per la fertilità].

Questa interpretazione implica che non possano essere coinvolte terze parti nelle procedure di PMA, né in qualità di donatori, né in veste di madri surrogate[166]. Emergono invece gravi complicazioni per quanto riguarda il neonato che, secondo la *sharīʿah*, non è considerato legittimo, nonostante ciò sia in contraddizione con le leggi italiane[167].

Il direttore di un centro di culto locale sollevava problematiche analoghe riguardanti la centralità del matrimonio, puntualizzando inoltre una condizione aggiuntiva: la salute della moglie non deve essere messa a repentaglio da nessuno dei trattamenti di fertilità cui la coppia sposata decida di sottoporsi. Citando le sue parole,

> Nella nostra religione, tutto deve restare all'interno della famiglia… se tutto avviene nella famiglia, allora si può fare qualunque cosa, si può ricorrere a qualunque metodo disponibile. Non si possono usare donatori, però! Un altro punto. Qualunque cosa si faccia, non deve recare danno alla donna, cioè non si possono usare metodi invasivi – per esempio ormoni ecc. ... se il trattamento non provoca un danno permanente [alla donna sposata], allora va bene.

La salute della donna deve essere pertanto considerata quale secondo criterio sciaraitico di riferimento, qualora le coppie infertili optino per procedure di TRA. Nonostante il suddetto monito, il benessere delle aspiranti madri può essere messo a rischio da diverse pratiche musulmane, secondo quanto rivelato dalle indagini empiriche[168].

In merito all'obbligo categorico di matrimonio, le opinioni divergono. Per alcune figure religiose, un matrimonio islamico/musulmano sarebbe sufficiente a soddisfare i requisiti previsti dal diritto islamico; per altri, sarebbe invece necessario anche un matrimonio con effetti civili. Secondo il

---

165. Si veda *supra*, capitolo II, paragrafi 1 e 2.
166. Si veda *supra*, sottosezioni del pararagrafo 6.
167. Un bambino nato al di fuori di un vincolo matrimoniale riconosciuto dalla *sharīʿah* è infatti considerato un *walad al-zinā'*. Si veda ad esempio J. Teichman, *Illegitimacy: An Examination of Bastardy*, Ithaca, Cornell University Press, 1982. Si veda anche *supra*, sottosezioni del paragrafo 6.
168. Le minacce al benessere della donna variano dal consenso non informato a intraprendere procedure di fertilità, a fraintendimenti concernenti le terapie di fertilità, ai rimedi tradizionali all'assenza di prole, a operazioni chirurgiche ginecologiche non ben eseguite, oppure precedenti aborti spontanei o aborti indotti. Si veda *infra*, capitolo IV paragrafi 2.3, 4.1-4.1.3, 4.2.2 e 4.3; capitolo V, paragrafi 4 e 5.

presidente di un'organizzazione islamica nazionale, ad esempio, «la coppia [musulmana] deve essere sposata con un matrimonio che accordi loro tutti i diritti, non solo quelli religiosi»; questo implica che i pazienti musulmani debbano contrarre un matrimonio sia religioso sia civile, prima di sottoporsi a qualunque trattamento di fertilità in conformità con la *sharīʿah*. Un *imām* di Torino spiegava invece che «se loro [i pazienti musulmani] si sono sposati in moschea, allora va bene... ma tutti devono essere a conoscenza del fatto che sono sposati! Non è ammesso alcun segreto.» Alla luce di questo punto di vista, un matrimonio islamico religioso è quindi considerato come un valido compromesso per i partner musulmani che desiderano sottoporsi a procedure di TRA[169].

Relativamente ai metodi di RMA con il coinvolgimento di terze parti, le posizioni all'interno del contesto di riferimento islamico differiscono sensibilmente, come esaminato sopra nelle sottosezioni del paragrafo 6. Per quanto alcuni *a'immah* sunniti locali criticassero gli *escamotage* messi in atto dai musulmani sciiti al fine di poter ricorrere a trattamenti eterologhi conformi alla *sharīʿah* (ad esempio, unioni matrimoniali poliginiche temporanee), al tempo stesso ammettevano che alcuni aspiranti genitori musulmani sunniti potrebbero, a tutti gli effetti, avvalersi di trattamenti di PMA con il coinvolgimento di donatori[170]. I musulmani potrebbero oltretutto affidarsi anche a procedure reputate inammissibili dalla *sharīʿah*, qualora adottino prospettive musulmane più liberali. Alcune situazioni spinose affrontate dalle figure religiose locali sono esemplificate di seguito.

> Il limite all'idea di famiglia può essere un problema… Il matrimonio temporaneo – *mut'ah*, sa: vuol dire piacere – non esiste nell'*islām* – per me. Questo serve solo a dare legittimità ai rapporti sessuali… Se un bambino viene concepito in questo modo, è un vero problema per noi! […] Certo, [i genitori del bambino] potrebbero non dirlo, ma Dio lo sa…

e

> La procreazione artificiale è legittima solo se omologa; se i gameti appartengono alla coppia sposata. […] Così è, ma… gli esseri umani sono liberi. In questo senso [sottoponendosi a procedure per la fertilità eterologhe], lui non rispetta la propria fede. Ha voluto imporre il proprio ego, la sua decisione personale... ma ha agito contro la sua stessa religione! La linea giusta è la coppia sposata. Poi, i musulmani sono esseri umani e, per dirla con un'espressione cristiana, peccano. L'*islām* dà alla coscienza umana la possibilità di decidere… È vero: i musulmani vanno da qualcuno per chiedere consiglio, magari... ma è lui quello che decide! Spetta alla sua coscienza scegliere il percorso da seguire… l'*imām* non forza mai la scelta del credente; consiglia, non forza.

Nelle dichiarazioni sopra riportate, i due soggetti intervistati esprimevano un senso di impotenza in merito all'effettiva applicazione dei principi islamici in questo campo. Sebbene istruiscano le comunità locali in merito a condotta e comportamento *ḥarām* e *ḥalāl*, le figure religiose ammettevano la possibilità che i genitori intenzionali musulmani non seguano le loro raccomandazioni. Di fatto, le procedure di PMA sono facilmente accessibili sia nei paesi europei sia in quelli a maggioranza musulmana. Pur essendo consapevoli che alcuni metodi procreativi (quali le procedure

[169]. In tal caso, il figlio nato da partner conviventi non sposati che si siano sottoposti a trattamenti di fertilità acquisisce automaticamente lo status di figlio naturale riconosciuto, in conformità con le leggi italiane. Si veda *supra*, capitolo II, paragrafo 2.
[170]. Si veda *supra*, paragrafo 6.2 e *infra*, capitolo V, paragrafo 6.

eterologhe con donatore) non sono conformi alla *sharīʿah*, potenziali genitori musulmani sunniti potrebbero comunque sottoporsi a tali trattamenti senza rivelare la propria scelta genitoriale né alla comunità locale, né alla famiglia allargata; analogamente a quanto avviene per coloro i quali optino per l'adozione, soluzione non conforme ai principi del diritto islamico[171]. In quanto parte dell'ampio discorso sulla nuclearizzazione della famiglia, la questione della segretezza si è invero dimostrata un argomento chiave anche tra i pazienti delle cliniche della fertilità intervistati: le scelte riproduttive delle coppie musulmane residenti in Italia sono, di fatto, sempre più protette dall'interferenza religiosa e/o sociale.

7.2. Professioniste medico-sanitarie musulmane

Il secondo requisito di conformità al diritto islamico espresso con maggiore frequenza riguarda specificamente i professionisti medico-sanitari. Secondo quanto brevemente accennato sopra, per i pazienti musulmani sarebbe idealmente indicato che fossero medici, biologhe e infermiere musulmane a eseguire le procedure di RMA[172]. In base alle norme islamiche che salvaguardano il pudore delle donne musulmane e che proibiscono di mostrare parti del corpo a persone sposabili (non-*maḥārim*), i pazienti musulmani dovrebbero appunto favorire professionisti sanitari di sesso femminile. Sono inoltre da preferire i medici musulmani rispetto ai non musulmani poiché avrebbero familiarità con la *sharīʿah*.

Tali aspetti pratici connessi alle TRA e alle tecniche di PMA sono stati affrontati in modo specifico nelle risoluzioni e nelle raccomandazioni adottate dalle organizzazioni pan-musulmane, che forniscono precise linee guida agli aspiranti genitori musulmani di tutto il mondo. L'Islamic Fiqh Academy, ad esempio, ha illustrato le regole di condotta da applicare per quanto attiene al genere dei prestatori di assistenza sanitaria coinvolti nelle visite mediche alle pazienti musulmane.

Come norma generale, qualora sia disponibile un medico specialista donna, allora dovrà essere costei a visitare la paziente. In assenza di una simile specialista, la paziente potrà essere visitata da una donna medico non musulmana di comprovata fiducia, o se no da un medico uomo musulmano, altrimenti da un medico uomo non musulmano; fermo restando che, durante la diagnosi e la cura della malattia, il medico potrà vedere il corpo della paziente solo il minimo indispensabile e che, per quanto possibile, dovrà distogliere lo sguardo e che la terapia della paziente donna dovrà avvenire in presenza di *mahram* (parenti di sangue e determinate persone che agli occhi della s*hari'a* siano inadatte a sposare la paziente, come un fratello o uno zio...) o del marito o di una donna di fiducia, al fine di evitare la "*khalwa*" (due persone di sesso opposto insieme in un luogo appartato). Il Consiglio raccomanda che, a causa del numero insufficiente di donne medico in questo ambito, e al fine di evitare di dover ricorrere a norme di eccezione, le autorità sanitarie si impegnino ad incoraggiare le donne a intraprendere gli studi di medicina, nei vari rami di specializzazione, in particolare ginecologia e ostetricia. E *Allah* è il più Sapiente[173].

---

[171]. Si veda *supra*, paragrafo 4.3 e *infra*, capitolo IV, paragrafo 5.2.
[172]. Si veda *supra*, paragrafo 6.
[173]. Resolution No. 81/12/8 in Fiqh Academy, *Resolution and Recommendations of the Council of the Islamic Fiqh Academy (1985-2000)*, cit., a p. 176. Un commento si può trovare inoltre in Atighetchi, *Human rights and bioethics, an Islamic overview*, cit., alle pp. 237-238.

Le donne musulmane sono quindi caldamente incentivate a intraprendere gli studi medici. Per fare fronte alle contingenze presenti, occorre tuttavia trovare un compromesso tra i quotidiani bisogni pratici e l'attuazione ideale della *sharīʿah*. In particolare, le figure religiose locali esprimevano l'esigenza di sopperire al numero insufficiente di donne medico musulmane. Il direttore di un centro di culto di Torino spiegava, ad esempio, quanto segue:

> Sono a conoscenza di questo problema. Be', c'è un esperto di *al-Qur'ān*, un dotto di *al-'islām*… negli anni Settanta, è un uomo marocchino… sa, negli anni Settanta, erano poche le donne che frequentavano [corsi presso] le università. Ad ogni modo, quest'uomo pose una domanda e disse: «Non avete permesso alle vostre figlie di studiare – medicina, ingegneria, e via dicendo – e ora volete che la vostra donna vada da una dottoressa – e questa dottoressa, da dove salta fuori!?». Disse proprio così ...e aveva ragione.

Alla luce di quanto raccontato, l'intervistato approfondiva il tema affermando che, secondo un'ottica islamica, una donna musulmana dovrebbe essere visitata, preferibilmente, da un'altra donna. Per alcune figure religiose, sebbene le norme islamiche sulla prossimità tra persone di sesso opposto siano piuttosto severe, sono soprattutto i costumi a richiedere che l'organico medico-sanitario sia composto da donne quando si tratta di pazienti musulmane pudiche. Gli aspetti summenzionati venivano altresì delucidati da alcune dichiarazioni rilasciate, come di seguito riportate:

> Una donna di solito preferisce una donna… vuole una donna ginecologo. Vede, non si tratta al 100% di un fattore religioso, più che altro è un fattore umano!

> Più che le religioni… è la donna che si vergogna! Ecco. Le donne musulmane sono più timide… A livello religioso, se una persona è un medico, allora è un medico. Punto. Ma lei potrebbe non sentirsi a suo agio...

e

> È soprattutto per via dei mariti… sono gelosi! Loro non vogliono che nessuno veda le loro mogli...

Tutti gli interlocutori religiosi intervistati riconoscevano quindi che, benché sia preferibile un medico musulmano di sesso femminile, possono essere fatte delle eccezioni, specialmente in caso di urgenza. Coerentemente con le fonti islamiche concernenti TRA e PMA analizzate nei paragrafi precedenti, la visita medica di pazienti del sesso opposto è ritenuta conforme alla *sharīʿah* a condizione che vengano soddisfatti determinati requisiti. A titolo esemplificativo, riprendendo la risoluzione precedentemente adottata dall'Accademia del Fiqh islamico, le raccomandazioni del Seminario sulla riproduzione umana nell'*islām* enunciavano quanto segue:

È lecito che un medico appartenente a un determinato sesso guardi l'*'awra*[174] di una persona appartenente al sesso opposto per i propositi di visita medica, cura e formazione medica. L'esposizione dovrà comunque essere limitata a ciò che l'esigenza richiede[175].

Oltre alla salvaguardia del pudore e della reputazione della paziente durante le visite mediche, i religiosi islamici esigono che i medici musulmani siano competenti in materia di diritto islamico, per quanto concerne «salute, malattia e cura»[176]. I piani di studi in scienze mediche nei paesi a maggioranza musulmana devono quindi includere «un'introduzione alla *sharīʿah* e alle disposizioni di legge concernenti diritti, doveri, competenze e responsabilità connessi alla pratica delle professioni sanitarie»[177].

Una simile competenza circa le cure conformi ai principi sciaraitici è raccomandata anche sul territorio italiano. In particolare, il responsabile di un'organizzazione islamica di rilevanza nazionale spiegava che, in Italia, il personale medico-sanitario dovrebbe essere informato in merito ad alcuni i principi fondamentali del diritto islamico, indipendentemente dalla propria appartenenza religiosa, in modo da potersi rapportare più efficacemente con i pazienti musulmani. Le sue parole sono state le seguenti:

> Il medico dovrebbe, possibilmente, frequentare un corso e avere dimestichezza, se non altro, con i principi generali del diritto islamico... per trasmettere il concetto di accettazione (ad esempio, nell'*islām* esso indica l'accettazione della volontà di Dio) della propria situazione. […] Agendo in questo modo, il dottore sa che esiste una sola opzione – vale a dire i trattamenti di fertilità omologhi e non eterologhi – pertanto, il dottore non dovrà prospettare al paziente [musulmano] la possibilità di questo trattamento. ...diversamente detto, non dovrà fornire alternative contrarie all'appartenenza religiosa del paziente.

Addentrandosi ulteriormente nella questione, l'intervistato chiariva che «il dottore dovrebbe avere dimestichezza con gli orientamenti del modo di pensare islamico», così da poter più facilmente accettare il rifiuto dei pazienti musulmani a sottoporsi ad alcuni trattamenti di fertilità, oppure a pratiche connesse alla PMA, quali l'aborto o la crioconservazione di embrioni. Secondo il parere di questo interlocutore, questioni problematiche sorgono quando medici e infermieri/e non siano sufficientemente preparati a relazionarsi con contesti multiculturali e multireligiosi. Di conseguenza, «il personale sanitario crea problemi, se pensa di poter fornire trattamenti senza essere a conoscenza del credo religioso (del paziente)». I membri autoctoni non musulmani dell'organico medico dovrebbero pertanto essere tenuti ad acquisire familiarità con il diritto islamico, in modo da poter offrire ed erogare esclusivamente procedure di fertilità conformi alla *sharīʿah* ai genitori intenzionali musulmani.

L'appartenenza religiosa del medico, anziché la familiarità con la *sharīʿah*, veniva invece indicata da un *imām* arabofono quale ideale requisito fondamentale per il personale clinico. L'intervistato dichiarava quanto segue:

---

[174]. Il termine arabo *'awrah* è usato per indicare le parti intime del corpo.
[175]. Si veda, ad esempio, la raccomandazione n° 8 della sessione presieduta da Abd Al-Aziz Kamel (Session Chairman), in al-Gindi, *Islam and Current Medical Concerns.* vol. I., cit.
[176]. Si veda la nota precedente.
[177]. In Al-Mazkur *et al.* (a cura di), *Recommendations of the Third Symposium on «The Islamic Vision of Some Medical Practices», 18-21 April 1987 A.D.*, Kuwait, Islamic Organisation for Medical Science, 1988.

Anche se il dottore, maschio o femmina, non è musulmano, va bene per curare i pazienti – capisce – se c'è un'urgenza e così via... è più importante che [il medico] sia musulmano rispetto a donna, comunque. […] Un medico musulmano è meglio – capisce – conosce le nostre regole… ma è difficile da trovare, qui.

Dal punto di vista di questo informatore, la conoscenza dei principi sciaraitici diviene un aspetto di cruciale importanza nel rapporto con i pazienti musulmani; tale misura assume un carattere più rilevante rispetto alle norme di segregazione di genere. In conformità con alcune fonti pan-musulmane sulla RMA, effettivamente, un «medico musulmano deve essere fedele alla retta *sharīʿah*»[178]. Pertanto, «rispettare la *sharīʿah* islamica è un obbligo generale di tutti i musulmani, che svolgano o meno professioni sanitarie. Qualora il diritto positivo sia in conflitto con la *sharīʿah*, la legge quindi dovrà essere emendata in conformità con la *sharīʿah*»[179].

Sebbene la familiarità con l'*islām* e l'appartenenza religiosa siano state messe in evidenza dalla maggior parte delle figure religiose intervistate, il responsabile di un'organizzazione islamica attiva a livello nazionale e locale sottolineava aspetti differenti. Più specificamente, perché il personale clinico sia rispettoso della *sharīʿah*, devono essere presi in considerazione primariamente quattro elementi; spiegava infatti che:

> Nel rapporto medico-paziente, occorre:
> 1. Fiducia. Se il medico costruisce un rapporto di fiducia, e è anche gentile… allora ha già curato il paziente al 30%.
> 2. Medico donna. Se possibile, se non c'è urgenza.
> 3. Mediatore culturale. Per questioni di ordine linguistico.
> 4. Riservatezza. Intesa nel senso musulmano… ma anche come è intesa nel nostro paese.
> Vede, niente di particolare.

Secondo il parere minoritario e discordante sopra riportato, a prescindere dal pudore e dal riserbo delle pazienti musulmane, i bisogni delle stesse non sarebbero specificamente connessi né alla cultura né alla religione. Ne consegue che un paziente musulmano non è diverso da un non musulmano. Piuttosto, un paziente musulmano dovrebbe essere trattato come un paziente straniero, data la scarsa dimestichezza con il linguaggio (clinico) del luogo in cui si trova. In realtà, nel corso delle interviste condotte dall'autore, emergeva frequentemente la necessità di provvedere ai bisogni dei pazienti musulmani che non parlassero correntemente, o addirittura non conoscessero, la lingua italiana[180].

---

[178]. La traduzione in lingua inglese è riportata in Al-Mazkur *et al*. (a cura di), *Recommendations of the Third Symposium on«The Islamic Vision of Some Medical Practices», 18-21 April 1987 A.D.*, cit.

[179]. È opportuno sottolineare che le *Recommendations of the Third Symposium on «The Islamic Vision of Some Medical Practices»* hanno altresì chiarito che «il simposio ha affrontato il tema della "differenza tra legge e *sharīʿah*" e, dagli esempi di pratica sanitaria presentati, è risultato evidente che, generalmente parlando, non esiste quasi nessuna situazione che potrebbe creare imbarazzo al medico che esercita la professione a causa della divergenza tra legge e *sharīʿah*». Si veda Al-Mazkur *et al.* (a cura di), *Recommendations of the Third Symposium on «The Islamic Vision of Some Medical Practices», 18-21 April 1987 A.D.*, cit.

[180]. Come discusso *infra*, nel capitolo IV, paragrafo 2.3 e sottosezioni del paragrafo 4.1.

L'atteggiamento dei pazienti musulmani presenta, ad ogni modo, una serie di specificità religiose e culturali che si ripercuotono anche sugli esiti dei trattamenti di fertilità[181].

7.3. Procedure mediche connesse alla PMA e pazienti musulmani

Se si affrontano TRA e PMA secondo la prospettiva delle disposizioni islamiche, alcune linee di condotta condizionano la prestazione e l'esito dei trattamenti di fertilità sciaraiticamente compatibili. L'etica e i principi morali legati all'affiliazione religiosa hanno infatti un grande impatto sulle procedure mediche connesse alla RMA.

Secondo quanto espressamente osservato dagli informatori durante l'analisi empirica, particolare attenzione deve essere prestata alla diagnosi preimpianto, all'eugenetica, all'aborto (terapeutico) indotto, alla crioconservazione di gameti ed embrioni, così come ad alcune pratiche rituali religiose quali il digiuno rituale.

7.3.1. Il digiuno islamico

Per quanto concerne le pratiche religiose, uno dei cinque pilastri dell'*islām* prevede un digiuno rituale, nelle ore diurne, durante il nono mese del calendario islamico, detto *ramadhān*[182]. In ottemperanza alla legge islamica, i musulmani che abbiano raggiunto la pubertà sono pertanto obbligati ad astenersi dal consumo di cibi e bevande e dai rapporti sessuali dall'alba al tramonto. L'osservanza rigorosa del digiuno implica l'astensione da cibi liquidi e solidi, così come da medicinali ed iniezioni[183]; allo stesso modo, sono vietati i rapporti sessuali e la masturbazione. Attenersi a tali misure obbligatorie potrebbe rivelarsi complicato per i pazienti musulmani che si sottopongano a trattamenti medico-assistiti di fertilità. Da un lato, è consentito che il digiuno venga posposto nel caso di soggetti ammalati o in viaggio; alcune persone sono inoltre esentate dall'astensione da cibo e bevande, come coloro che soffrono di alcune patologie croniche (ad esempio, il diabete) e le donne durante il ciclo mestruale, la gravidanza o l'allattamento. Dall'altro lato, ai musulmani è richiesto di compiere ogni sforzo necessario per rispettare i cinque pilastri dell'*islām.*

Ne consegue quindi che i genitori musulmani intenzionali dovrebbero (preferibilmente) evitare i trattamenti di fertilità durante il *ramadhān*. Le figure religiose locali raccomandavano infatti il rinvio di tutte le cure mediche non dettate da carattere di urgenza. Un *imām* di Torino, ad esempio, dichiarava:

---

[181]. Tali specificità sono definite e analizzate *infra*, nel capitolo IV, nelle sottosezioni dei paragrafi 3, 4 e 6.

[182]. Nell'*islām*, alcuni atti sono obbligatori, poiché rappresentano i fondamenti dello stile di vita musulmano; tali pratiche sono dette *arkān al-Islām.* Esistono alcune differenze tra le varie denominazioni e confessioni islamiche.

[183]. Si vedano ad esempio le questioni n° 760, 772, 776, 781 in Far, *A Selection of Islamic Laws Based on the verdicts of Grand Ayatollah Yousof Saanei*, cit. Per un compendio delle disposizioni musulmane sunnite, si veda ad esempio L. Bakhtiar, *Encyclopedia of Islamic law: A Compendium of the views of the major schools*, Chicago, IL, Kazi Publications, alle pp. 133-150.

Vede… dipende dalla terapia. Il *ramadhān* dura un mese… se si riesce a rinviare [l'appuntamento clinico], è meglio, no!? Per quanto ne so… se uno è malato, allora no. Se è in viaggio, può mangiare. Se una donna «ha le sue cose», può mangiare; digiunerà poi più avanti. Se questa cosa è... se non ci si può fare niente, ma… in realtà si può – almeno io credo. Si deve insistere, però! Non è che se loro [la clinica della fertilità] ti chiamano, prendi e vai come se fosse OK – capito!? No. E anche la gente dell'ospedale deve tenerne conto… Non possono dire: «Non vi aspettiamo perché siete musulmani!». Non ha molta importanza se spostano l'uno o l'altro prima o dopo di qualche settimana... Non è la fine del mondo… Perciò bisogna chiederlo.

Secondo il parere di questo informatore, il bisogno dei pazienti musulmani di rimandare qualunque procedura medica non urgente non rappresenterebbe un peso eccessivo né per i potenziali genitori, né per i centri medici per la fertilità, perciò tale richiesta potrebbe essere facilmente accolta dalle cliniche locali. Nella realtà dei fatti, come verrà successivamente evidenziato nel volume, le lunghe liste d'attesa dei centri di PMA pubblici potrebbero indurre i pazienti musulmani nel sentirsi costretti a scegliere tra perdere il proprio turno, interrompere il digiuno rituale religioso, oppure sottoporsi a procedure di RMA durante il digiuno[184].

Come accennato all'inizio del paragrafo, ulteriori regole di condotta influenzano sia la prestazione sia l'esito dei trattamenti di fertilità conformi alla *sharīʿah*. Nel vasto ambito delle TRA e della PMA, diagnosi preimpianto, eugenetica, aborti terapeutici, crioconservazione di gameti ed embrioni meritano particolare attenzione[185].

7.3.2. Diagnosi preimpianto ed eugenetica

I giurisperiti islamici esortano i futuri coniugi a sottoporsi ad esami clinici prima del matrimonio, al fine di evitare che il nascituro sviluppi malattie o sia affetto da disturbi genetici[186]. L'importanza fondamentale del ricorso a consulti ed esami prematrimoniali tesi a prevenire malattie genetiche veniva ad esempio illustrata dall'Islamic Fiqh Council come riportato di seguito.

Il Consiglio raccomanda che i governi musulmani e le istituzioni sensibilizzino l'opinione pubblica circa l'importanza degli esami clinici precedenti al matrimonio e incoraggino gli individui a sottoporsi a tali esami, che dovranno essere resi facilmente fruibili e rimanere segreti tra coloro i quali ne sono direttamente interessati[187].

---

[184]. Come analizzato *infra*, nel capitolo IV, paragrafo 3.2. Si veda altresì *supra*, capitolo II in merito alle tipologie di centri medici e *infra*, capitoli IV e V, paragrafi 5 e 8.

[185]. Nel corso delle interviste ai soggetti d'indagine, tra le regole di condotta che influiscono sull'esito dei trattamenti di fertilità conformi alla *sharīʿah*, sono emerse anche complicazioni connesse a rituali tradizionali e questioni inerenti allo stile di vita migratorio dei pazienti musulmani. Si veda *infra*, capitolo IV, paragrafi 4.2.e 4.3.

[186]. In merito alla consulenza genetica conforme alla s*harīʿah*, si vedano *inter alia* A.I. Al-Aqeel, *Genetic Counseling in the Muslim World: The Challenges*, in *Second Pan Arab Human Genetics Conferences Proceedings*, Ed. by PAHGC, Dubai, PAHGC, 2012, pp. 32-61; A.E. Swinford e M.H. el- Fouly, *Islamic religion and culture: Principles and implications for genetic counselling*, in «Birth defects original article series», 23, 6, 1987, pp. 253-257.

[187]. Si veda la quinta risoluzione concernente le malattie del sangue ereditarie. Resolution No. 5, XVII Session, 19-23 *Shawwal* 1424H (13-17 dicembre 2003), in Islamic Fiqh Council, *Resolutions of Islamic Fiqh Council. Makkah Mukarramah, from 1st to 18th Sessions, during 1398-1427H (1977-2006)*, cit., alle pp. 459-460.

Il responsabile di un'importante organizzazione islamica di rilievo nazionale spiegava, in modo analogo, di favorire la prevenzione all'aborto terapeutico di feti malformati, sostenendo pertanto la consulenza prematrimoniale nel dichiarare:

> In alcuni paesi, in Giordania, ad esempio, questo si fa prima delle nozze… Prima di compilare l'atto di matrimonio, si deve fare il test del DNA. Se [i coniugi intenzionali] non sono compatibili, allora non si sposano… va bene così. Meglio prevenire che curare!

Nel contesto descritto, qualora il test del DNA non dia esito positivo, la coppia dovrebbe rinunciare a sposarsi. Secondo il punto di vista islamico, tale scelta può essere definita come un rimedio sciaraitico all'assenza involontaria di prole: anziché contrarre un matrimonio e successivamente dover ricorrere al divorzio o alla poliginia, i fidanzati musulmani geneticamente incompatibili possono semplicemente accettare con fede i progetti divini e decidere di non unirsi in matrimonio[188].

Nell'eventualità in cui le parti decidano comunque di coniugarsi, o di non sottoporsi ad alcun esame clinico e optino, in seguito, per trattamenti di fertilità, è consentita la diagnosi genetica preimpianto (DGP, in inglese PGD). Nell'*islām,* la DGP è considerata preferibile rispetto alla diagnosi prenatale, poiché quest'ultima potrebbe condurre a un aborto terapeutico indotto[189]. Qualora uno dei potenziali genitori fosse portatore di una malattia genetica e/o di disturbi congeniti, l'ingegneria genetica e la selezione degli embrioni, inclusa la selezione del sesso del feto, sono ammesse da (alcuni) dotti islamici [190]. Al-Bar e Chamsi-Pasha chiariscono che, in ottemperanza ai principi della bioetica islamica, la selezione del genere è consentita se e quando una grave malattia genetica è connessa a un determinato sesso. Basandosi sulle seguenti parole del Profeta – «Scegliete per i vostri figli la donna adatta, poiché l'ereditarietà ha il suo peso» – gli autori citati delucidano che, qualora presentino gravi anomalie cromosomiche o genetiche, tali embrioni possono essere sostituiti, in modo che la selezione del sesso embrionale consenta di eliminare alla radice alcuni gravi disturbi genetici[191].

Occorre tuttavia sottolineare che, nel mondo islamico, non esiste un'opinione ben definita nei confronti di diagnosi genetica preimpianto (DGP) ed eugenetica. A titolo esemplificativo, nel 1983 la selezione del sesso del nascituro era considerata conforme alla *sharīʿah*. In effetti, si riteneva che:

---

188. Si veda *supra*, paragrafo 4.1

189. È opportuno menzionare, che, secondo tale prospettiva, il punto di vista islamico si avvicina alla posizione della Corte europea dei diritti dell'uomo nel favorire il minore tra due mali. A tutti gli effetti, come evidenzia Zagrebelsky, «consentendo l'aborto e vietando invece l'inseminazione medica con i soli embrioni sani, la legge italiana aveva irragionevolmente autorizzato il più (e più penoso), mentre negava il meno (e meno grave)». Si veda Zagrebelsky, *La irragionevolezza della legge italiana sulla procreazione assistita nel giudizio della Corte europea dei diritti umani*, cit. In merito al quadro sulla procreazione medicalmente assistita, si veda *supra*, capitolo II, paragrafi 1-4; per quanto concerne DGP e aborto terapeutico indotto, si veda anche *infra*, paragrafo 7.3.3.

190. In merito alla clonazione umana, si veda Islam *et al.*, *Ethics of Human Cloning: A Comparative Study of Western Secular and Islamic Bioethics Perspectives*, cit.; e S.J. Werber, *Cloning: A Jewish Law Perspective with a Comparative Study of Other Abrahamic Traditions*, in «Seton Hall Law Review», 30, 4, 2000, pp. 1114-1181.

191. Al-Bar e Chamsi-Pasha, *Contemporary Bioethics Islamic Perspective*, cit., alle pp. 175 e 187-206. Si veda altresì H. Chamsi-Pasha e M.A. Al-Bar, *Assisted reproductive technology: Islamic Sunni perspective*, in «Human Fertility, an international, multidisciplinary journal dedicated to furthering research and promoting good practice», 18, 2, 2015, pp. 107-112.

L'opinione giuridica islamica è concorde nel ritenere che la selezione del sesso fetale sia illecita quando venga praticata a livello nazionale; tuttavia, su base individuale, alcuni dei giurisperiti che hanno preso parte al seminario ritengono che non ci sia nulla di sbagliato, dal punto di vista legale, nel tentare di realizzare il desiderio di una coppia sposata di avere un maschio o una femmina, per mezzo degli strumenti medici disponibili, mentre altri la reputano illegittima, per timore che un sesso possa prevalere numericamente sull'altro[192].

Il desiderio di una coppia sposata musulmana di avere un figlio maschio o una figlia femmina può quindi essere accolto in conformità con la *sharīʿah*. Il mondo accademico ha analogamente chiarito che

Il bilanciamento della proporzione tra i sessi all'interno della famiglia è considerato accettabile, ad esempio, nel caso in cui una moglie abbia partorito tre o quattro femmine o maschi e sia nel suo migliore interesse e in quello della famiglia stessa che la sua prossima gravidanza sia l'ultima. L'impiego di tecniche di selezione del sesso potrebbe quindi essere approvato per assicurare la nascita di un maschio o di una femmina, al fine di soddisfare un senso di dovere religioso o familiare e di salvaguardare la donna da gravidanze sempre più a rischio[193].

Secondo il punto di vista islamico, la selezione del sesso del nascituro per scopi che esulino da quello medico può quindi essere ritenuta conforme ai principi sciaraitici, qualora sia attuata al fine di salvaguardare il benessere della donna. L'Islamic Fiqh Council non ha tuttavia espresso il proprio pensiero in merito all'eugenetica e alla selezione del sesso fetale. Nel 2006, il summenzionato organismo islamico dichiarava che «il Consiglio ha deciso di posporre la formulazione di una risoluzione, allo scopo di concedere più tempo alla ricerca, e che risultati saranno presentati durante la prossima sessione»; da allora, non è stata pubblicata alcuna risoluzione concernente tale questione[194].

Nel corso delle interviste, le figure religiose locali manifestavano disagio nell'affrontare temi connessi all'eugenetica, al contrario dei pazienti musulmani e del personale delle cliniche locali di PMA. In particolare, nel prossimo capitolo verrà analizzato il caso di una coppia musulmana straniera che aveva intrapreso una procedura di fertilità in un ospedale pubblico di Torino con il preciso intento di selezionare il genere del nascituro[195].

---

[192]. Si veda, ad esempio, la raccomandazione n° 2 della sessione presieduta da Abd Al-Aziz Kamel (Session Chairman), nel verbale integrale del Seminario sulla riproduzione umana nell'*islām*, tenutosi il 24 maggio 1983 d. C. (*Sha'aban* 11, 1403 H), in al-Gindi (a cura di), *Islam and Current Medical Concerns*, vol. I, cit.

[193]. Si veda G.I. Serour, *Islamic laws and reproduction*, cit., alle pp. 336-337.

[194]. Resolution n° 6, XVIII Session, 10-14/3/1427H (8-12/4/2006), in Islamic Fiqh Council, *Resolutions of Islamic Fiqh Council. Makkah Mukarramah, from 1st to 18th Sessions, during 1398-1427H (1977-2006)*, cit., alle pp. 495-496.

[195]. Si veda *infra*, capitolo IV, paragrafo 3.3. In breve, l'esempio indica che i componenti musulmani delle coppie possono sì ritenere la selezione del sesso dell'embrione un metodo sciaraitico di pianificazione familiare, volto a preservare il benessere della donna, salvo poi scoprire, con grande sconforto, che tale procedura non è consentita dalla legge sul territorio italiano.

7.3.3. Diagnosi prenatale e aborti indotti

Sebbene consulenza prematrimoniale, diagnosi preimpianto e selezione embrionale siano consentite[196], l'*islām* condanna l'interruzione volontaria di gravidanza e l'aborto indotto quali forme di pianificazione familiare[197]. L'aborto può essere altresì ritenuto un peccato e comportare, pertanto, oltre allo stigma sociale, il pagamento di un «prezzo del sangue»[198]. Le donne musulmane che si sottopongano a trattamenti di fertilità possono andare incontro all'interruzione volontaria o involontaria della gravidanza, come risulta dai dati analizzati.

In conformità con le disposizioni del diritto islamico, l'interruzione della gravidanza è permessa in determinate circostanze ed entro un certo limite di tempo, che viene calcolato a partire dalla data del concepimento, in modo analogo alla legge italiana. Sebbene i sette stadi dello sviluppo embrionale siano descritti nel Corano[199], le opinioni dei giurisperiti islamici in materia di aborto sono varie e diversificate. A titolo esemplificativo, il Seminario sulla riproduzione umana nell'*islām* concluse che:

> […] un embrione è un organismo vivente sin dal momento del concepimento e la sua vita deve essere rispettata in tutte le sue fasi, specialmente dopo che lo spirito vi sia stato insufflato. L'aggressione dello stesso, sotto forma di aborto, è illegale, eccetto in casi di estrema necessità. Alcuni partecipanti, tuttavia, dissentono e ritengono che l'aborto sia lecito entro il quarantesimo giorno, in particolare qualora sussista una giustificazione[200].

Alcuni anni dopo, l'Islamic Fiqh Academy adottò una posizione divergente e più dettagliata, addentrandosi, in particolare, nella descrizione degli aborti indotti consentiti o non consentiti, leciti o illeciti.

In seguito al dibattito tra i membri del Consiglio, nonché tra i medici ricercatori che hanno preso parte appositamente alla sessione, il Consiglio ha deliberato a maggioranza quanto segue:

---

196. Per uno studio comparativo concernente diagnosi prenatale e DGP nell'ambito delle diverse tradizioni religiose, si veda R.R. Anderson, *Religious traditions*, in J.P. Galst e M.S. Verp (a cura di), *Prenatal and Preimplantation Diagnosis: The Burden of Choice*, Dordrecht, Springer, 2015, pp. 195- 227. Una prospettiva musulmana si trova in S. Ahmed, J.M. Green e J. Hewison, *Attitudes towards prenatal diagnosis and termination of pregnancy for thalassemia in pregnant Pakistani women in the North of England*, in «Prenatal Diagnosis», 26, 3, 2006, pp. 248-257; J.T. Gitsels-van der Wal *et al*., *The role of religion in decision-making on antenatal screening of congenital anomalies: A qualitative study amongst Muslim Turkish origin immigrants*, in «Midwifery», 30, 3, 2014, pp. 297-302.

197. Si fa in genere affidamento alla condanna dell'infanticidio preislamico per sancire «un divieto quasi assoluto di aborto trascorsi 120 giorni di gestazione», come sottolinea Kelsay; si veda J. Kelsay, *Islam and medical ethics*, cit. a p. 98. In riferimento alla pianificazione familiare conforme al diritto islamico, si vedano *inter alia* Omran, *Family planning in the legacy of Islam*, cit.; e International Islamic Center for Population Studies and Research, *Islamic Manual of Family Planning*, cit.

198. Secondo l'opinione della scuola giuridica *ḥanbalī*. Studi approfonditi si trovano, ad esempio, in F. el-Kak, *Reproduction: Abortion. Arab States*, in S. Joseph e A. Năмabadi (a cura di), *Encyclopedia of Women & Islamic Cultures*, vol. III, *Family, Body, Sexuality, and Health*, Leiden, Brill, 2005, pp. 303-305; A.F. Mohsin Ebrahim, A*bortion, birth control and surrogate parenting: An Islamic perspective*, Indianapolis, American Trust Publications, 1989.

199. Si veda *Qur'ān* (XXIII: 12-14; XXXII: 8; LXXV: 37; LXXVI: 2).

200. Si veda ad esempio la raccomandazione n° 7 della sessione presieduta da Abd Al-Aziz Kamel (Session Chairman), nel verbale integrale del Seminario sulla riproduzione umana nell'*islām*, tenutosi il 24 maggio 1983 d. C. (*Sha'aban* 11, 1403 H), in al-Gindi (a cura di), *Islam and Current Medical Concerns*, vol I, cit.

Una volta che il feto abbia raggiunto i 120 giorni, allora non sarà più permesso abortirlo, anche se dalla diagnosi medica dovesse risultare fisicamente deformato. Purtuttavia, qualora dovesse essere attestata dal rapporto di un comitato medico, composto da medici ricercatori specializzati di comprovata fiducia, l'esistenza di un pericolo reale per la vita della madre, e solo allora, sarà possibile abortire il feto, sia esso deforme o meno, al fine di evitare il peggiore tra due mali.

Prima del compimento dei 120 giorni del feto, qualora dovesse essere attestato dal rapporto di un comitato di medici ricercatori specializzati e di comprovata fiducia, nonché da una visita medica condotta tramite strumenti di laboratorio, che il feto sia gravemente deformato e non possa essere curato e che, se rimanesse e fosse partorito nella data prevista, la sua vita sarebbe compromessa e continuerebbe ad essere fonte di agonia per se stesso e per tutta la famiglia, allora è ammissibile abortirlo, su richiesta dei genitori. Nel decidere quanto esposto, il Consiglio raccomanda ai medici e ai genitori di essere timorati di *Allāh* Onnipotente e di condurre le opportune verifiche[201].

Secondo le linee guida sopra riportate, il diritto islamico non consente l'aborto terapeutico una volta che l'anima sia stata infusa da Dio nell'embrione o nel feto fisicamente deforme; il limite temporale dalla data del concepimento oscilla tra i quaranta e i centoventi giorni, a seconda del momento dell'animazione[202]. Tali termini non sono in accordo con i novanta giorni stabiliti dalla legge italiana quale limite di tempo per l'interruzione volontaria di gravidanza; possono pertanto sorgere difficoltà con i pazienti musulmani, sebbene il limite italiano per l'aborto terapeutico possa essere prorogato[203]. La legge italiana, così come quella islamica, rivolge l'attenzione al benessere della donna, benché l'aborto di feti gravemente deformi possa essere ritenuto conforme alla *sharīʿah*, secondo alcune interpretazioni islamiche. Possono tuttavia coesistere opinioni islamiche differenti. Un *imām* chiariva:

> Sull'aborto, bisogna essere cauti… e capire quando sia giusto e lecito. Esistono molte scuole [di pensiero giuridico islamico]: ci sono quelle che dicono un giorno, ci sono quelle che dicono quaranta giorni, ci sono quelle che dicono quattro mesi... e così via… Comunque, nei primi giorni il peccato è minore.

Oltre alla questione del limite temporale, nel caso di aborto terapeutico, la diagnosi prenatale di deformità deve essere preferibilmente formulata da un'*equipe* di professionisti medico-sanitari (musulmani) degni di fiducia e tale aspetto dovrebbe essere annoverato tra le richieste concernenti

---

[201]. Quarta risoluzione riguardo l'aborto di feti fisicamente deformi, Resolution No. 4, XII Session, 15-22 *Rajab* 1410H (10-17 February 1990), in Islamic Fiqh Council, *Resolutions of Islamic Fiqh Council. Makkah Mukarramah, from 1st to 18th Sessions, during 1398-1427H (1977-2006)*, cit., alle pp. 345-346.

[202]. Per ulteriori dettagli, si veda Houot, *Islamic jurisprudence (Fiqh) and assisted reproduction: Establishing limits to avoid social disorders*, cit., alle pp. 59-60. Si veda anche Atighetchi, *Islamic Bioethics: Problems and Perspectives*, cit., alle pp. 111-133. Dopo 120 giorni, secondo alcune interpretazioni, il feto abortito dovrebbe essere seppellito in un cimitero. Si veda A. Shaw, *Rituals of infant death: Defining life and Islamic personhood*, in «Bioethics», 28, 2, 2014, pp. 84-95.

[203]. Sul territorio italiano, l'interruzione volontaria di gravidanza può infatti essere praticata una volta che siano trascorsi novanta giorni esclusivamente nel caso in cui la prosecuzione della gravidanza o il parto comportino un grave pericolo per la vita della donna, oppure nel caso in cui rilevanti anomalie o malformazioni del nascituro determinino un grave pericolo per la salute fisica o psichica della donna (art. 6, legge 22 maggio 1978, *n° 194*, in «Gazzetta Ufficiale», 140, 22 maggio 1978). Solitamente, il limite è di ventidue settimane dall'inizio della gravidanza. Si veda *supra*, capitolo II, paragrafo 4 e *infra*, capitolo IV, paragrafo 3.3, in cui viene analizzato il dilemma affrontato da una coppia musulmana che aveva concepito tramite TRA.

l'adeguatezza del personale sanitario nelle cliniche della fertilità occidentali[204]. Alcune figure religiose locali, in modo analogo, sottolineavano la necessità di fare affidamento su una sorta di «personale sanitario religiosamente consapevole» qualora alle donne musulmane venga consigliato l'aborto terapeutico. Un *imām* locale, ad esempio, asseriva quanto segue: «Se il medico è una persona religiosa, allora può capire, perciò è meglio. Se è musulmano, allora è ancora meglio, certo!». Allo stesso modo, il direttore di un centro di culto locale dichiarava:

> […] l'aborto non è permesso in quanto scelta, ma, se il feto presenta molti difetti, allora bisogna considerare diverse cose… Bisogna parlare con un medico fidato. Voglio dire – non a uno eccessivamente permissivo; uno radicale, per esempio, che sia a favore dell'aborto.

Queste parole richiamano invero il bisogno, segnalato da alcuni soggetti d'indagine, di relazionarsi con i prestatori di assistenza sanitaria locali eroganti TRA/PMA che conoscano il diritto islamico o che abbiano, quantomeno, familiarità con diverse visioni religiose, come analizzato nei paragrafi precedenti.

Indipendentemente dal personale clinico propriamente autorizzato a pronunciare la diagnosi, gli *a'immah* locali erano concordi nell'affermare che, nonostante sia peccato, una donna musulmana deve abortire il feto, qualora portare avanti la gravidanza costituisca una minaccia per la sua vita. Secondo l'*islām*, infatti, vi sono due principi fondamentali: «la vita è sacra» e «la vita esistente prevale su quelle future», come delucidato dalle figure religiose intervistate. L'interruzione di gravidanza o l'aborto indotto sono dunque consentiti nell'*islām* in caso di gravidanze plurifetali che presentino complicazioni per i feti e per la madre. Poiché le gravidanze multiple aumentano considerevolmente con le procedure di TRA/PMA, tale permesso diviene particolarmente rilevante per i genitori musulmani intenzionali che si sottopongono a trattamenti di fertilità[205].

È opportuno porre l'accento su un'altra questione: è possibile che si verifichino aborti spontanei (ossia interruzioni spontanee di gravidanza). Studi scientifici suggeriscono che questi possano avvenire più frequentemente nelle gravidanze a seguito di TRA/PMA, anche a causa di alcuni fattori connessi ai trattamenti di fertilità; tuttavia, il principale indice di rischio di aborto spontaneo sembra essere l'aver già avuto aborti spontanei in precedenza[206]. Potenzialmente, le aspiranti madri musulmane potrebbero essere interessate da tale complicazione in modo significativo: i dati quantitativi raccolti rivelavano un'alta percentuale di gravidanze problematiche pregresse, quali gravidanze ectopiche o patologiche e interruzioni spontanee di gravidanza, tra i potenziali genitori musulmani sottopostisi a procedure TRA[207].

---

[204]. Si veda *supra*, paragrafo 7.2.
[205]. Un caso è esaminato *infra*, nel capitolo IV, paragrafo 3.3.
[206]. Si vedano J.X. Wang, R.J. Norman e A.J. Wilcox, *Incidence of spontaneous abortion among pregnancies produced by assisted reproductive technology*, in «Human Reproduction», 19, 2, 2004, pp. 272-277; e A.J. Wilcox, A.E. Treloar e D.P. Sandler, *Spontaneous abortion over time: Comparing occurrence in two cohorts of women a generation apart*, in «American Journal of Epidemiology», 114, 1981, pp. 548-553.
[207]. Si veda *infra*, capitolo V, paragrafo 5.

7.3.4. Gameti ed embrioni

Analizzando il vasto campo delle TRA e della PMA, nonché della bioetica secondo la prospettiva islamica, occorre prestare attenzione anche agli ovuli fecondati crioconservati e agli embrioni congelati, così come alle banche di gameti femminili/maschili e di embrioni[208]. Le cliniche della fertilità italiane che offrono trattamenti di PMA omologhi o eterologhi possono infatti utilizzare gameti femminili, maschili ed embrioni, siano essi freschi o crioconservati[209].

In riferimento alla sorte degli ovuli fecondati in soprannumero, i giurisperiti islamici si sono dimostrati piuttosto cauti. Nel 1987, il terzo 'Simposio sulla visione islamica riguardo ad alcune pratiche mediche' deliberò quanto segue:

> La situazione ideale è che non esista un soprannumero di ovuli fecondati. Tale obiettivo può essere ottenuto se gli scienziati continueranno la ricerca volta a trovare un modo per salvaguardare ovuli non fecondati affinché possano essere fertilizzati all'occorrenza. Il Simposio raccomanda che gli scienziati sottopongano a fecondazione unicamente il numero di ovuli che saranno introdotti. Se questo criterio venisse seguito, non esisterebbe un soprannumero di ovuli fecondati. Ciononostante, in caso di soprannumero, la maggioranza è del parere che gli ovuli fecondati non siano affatto resi inviolabili dalla *Sharia*, e che non beneficino di rispetto finché non siano inseriti nella parete uterina e, pertanto, che non sia proibito sopprimerli. Alcuni, tuttavia, sono del parere che un ovulo fecondato rappresenti la prima fase dell'essere umano onorato da *Allah*. Dovendo scegliere tra sopprimere gli ovuli fecondati, usarli ai fini della ricerca scientifica, oppure lasciarli morire spontaneamente, l'ultima opzione appare essere la meno proibita, poiché non prevede un'aggressione attiva contro la vita[210].

Tre anni più tardi, la risoluzione del Consiglio dell'Islamic Fiqh Academy riprese tali argomenti, riportando il ragionamento di seguito illustrato.

> Primo: data la possibilità scientificamente accertata di conservare gli ovuli non fecondati per uso futuro, dovrà essere fecondato unicamente il numero di ovuli di volta in volta richiesti per l'inseminazione, al fine di evitare un soprannumero di ovuli fecondati.
>
> Secondo: qualora esista comunque un soprannumero di ovuli fecondati, essi dovranno essere lasciati senza cure mediche, finché la vita di tale eccedenza termini spontaneamente.

---

[208]. Si veda ad esempio S. Garmaroudi Naef, *The Iranian Embryo Donation Law and Surrogacy Regulations: The Intersection of Religion, Law and Ethics*, in «Welt des Islams», 55, 3/4, 2015, pp. 348-377; I. Ghanem, *The Response of Islamic Jurisprudence to Ectopic Pregnancies, Frozen Embryo Implantation and Euthanasia*, in «Medicine, Science and the Law», 3, 1987, pp. 187-190; J.U. Klein, *Religious views: The impact of traditional Theological opinion on the Practice of third-party reproduction, Case study: DIVF and Islam - 389*, in M.V. Sauer (a cura di), *Principles of Oocyte and Embryo Donation*, II ed., London, Springer, 2013, pp. 383-394; M.H. Nateghi e F. Golestan, *The study of legal challenges of gamete and embryo donation in Iranian comprehensive health system*, in «Journal of Jahrom University of Medical Sciences», 11, 94, 2014.

[209]. I cicli a fresco includono IVF e ICSI, i cicli da scongelamento comprendono FER e FOR. I gameti femminili da donatrici possono essere utilizzati in cicli da scongelamento o a fresco, mentre i gameti maschili possono essere unicamente crioconservati. Si veda *supra*, capitolo II, paragrafo 5.

[210]. No. 13 in Al-Mazkur *et al.* (a cura di), *Recommendations of the Third Symposium on «The Islamic Vision of Some Medical Practices», 18-21 April 1987 A.D.*, cit.

Terzo: se è vietato inseminare gli ovuli fecondati in un'altra donna, dovrà essere presa ogni precauzione affinché gli ovuli fecondati non vengano utilizzati per una gravidanza illecita.

In verità, *Allāh* è Onnisciente.

Curiosamente, la formulazione scelta dal Simposio islamico e dall'Accademia del Fiqh islamico (Islamic Fiqh Academy), come già osservato in precedenza, richiama la misura adottata originariamente dalla legislazione italiana, che disponeva un unico impianto simultaneo di tutti e tre gli embrioni creati[211].

Inoltre, in conformità con l'*islām*, gli ovuli possono essere crioconservati a condizione che solamente i due coniugi che hanno prodotto i gameti utilizzino detti ovuli, sia fecondati che non fecondati, e che non avvengano né surrogazione di maternità, né donazione di gameti, né impianto postumo[212]. Gameti ed embrioni congelati rimangono di proprietà esclusiva della coppia sposata e possono essere utilizzati unicamente nel caso in cui le parti abbiano precedentemente contratto un valido matrimonio islamico. Tali disposizioni sono volte prevalentemente a tutelare il lignaggio (*nasab*) delle parti coinvolte e a prevenire un (eventuale) disordine sociale e familiare. Come puntualizzava un *imām* locale:

Questo tema è un po'… tanto… È molto complicato! Dipende... L'inseminazione artificiale non è per forza male, ma deve essere tutelata dalla legge. Può darsi che qualcuno lasci lì tutte le sue «cose maschili» …queste devono essere protette, diciamo. Dovrebbe esserci certezza che non verranno usate da altri… Se no, potrebbe essere un pasticcio!

In merito agli ovuli in soprannumero, agli specialisti di fecondazione in vitro e ai biologi viene chiesto di lasciarli morire naturalmente e di eliminarli successivamente, analogamente a quanto confermato, nel 2002, anche da una *fatwā* emessa dal Consiglio europeo per la *fatwā* e la ricerca (European Council for Fatwa and Research)[213]. Secondo tale interpretazione della *sharīʿah*, qualora una coppia si sottoponga a procedure di PMA in un paese e poi si trasferisca altrove, gli embrioni rimasti devono essere distrutti se e quando il matrimonio della coppia musulmana sia sciolto. Houot spiega che

---

[211]. Tale provvedimento venne dichiarato incostituzionale dalla Corte Costituzionale nel 2009. Si veda *supra*, capitolo II, paragrafi 1, 2 e 4.

[212]. Il terzo simposio sulla visione islamica riguardo ad alcune pratiche mediche stabilì quanto segue: «è stato approvato all'unanimità di ribadire la quinta raccomandazione del simposio su "La riproduzione nell'*islām*" concernente il divieto di impiantare gli ovuli fecondati di una donna nell'utero di un'altra donna. Devono essere prese adeguate precauzioni atte a prevenire l'uso di ovuli fecondati in una simile gravidanza illegittima. E, altresì, di ribadire la quarta raccomandazione del medesimo simposio, concernente il monito contro esperimenti volti a modificare la normale creazione di *Allah* o che si avvalgano della scienza a scopo di danno, malvagità o sabotaggio, e il simposio raccomanda che vengano effettuati controlli della *Sharia* a garanzia contro tali pratiche». Si veda n° 14 in Al-Mazkur *et al.* (a cura di), *Recommendations of the Third Symposium on «The Islamic Vision of Some Medical Practices», 18-21 April 1987 A.D.*, cit. In merito al concepimento postumo, si veda anche G.I. Serour, *Islamic perspectives in human reproduction*, cit., pp. 34-38; Omani *et al*., *Posthumous assisted reproduction from Islamic perspective*, in «International Journal of Fertility & Sterility», 2, 2, 2008, pp. 96-99.

[213]. Una sintesi in lingua inglese si trova in Houot, *Islamic jurisprudence (Fiqh) and assisted reproduction: Establishing limits to avoid social disorders*, cit., p. 62. Il criterio dell'infusione dell'anima è infatti usato a giustificazione della soppressione degli embrioni in soprannumero. Si veda *inter alia* D. Atighetchi, *Islamic perspectives on vulnerable groups*, cit., alle pp. 178-179.

la pratica del congelamento degli embrioni è considerata assimilabile all'adozione[214]; nell'*islām* si tratta pertanto di una pratica vietata dalla legge[215].

[214]. Houot, *Islamic jurisprudence (Fiqh) and assisted reproduction: Establishing limits to avoid social disorders*, cit., a p. 63.
[215]. Come esaminato *supra*, nel paragrafo 4.3. Si veda anche *infra*, capitolo IV, paragrafo 5.2.

Capitolo quarto

Pazienti musulmani e prestatori di assistenza sanitaria italiani

1. Etnografia nelle cliniche della fertilità locali

Il presente capitolo si fonda sulle osservazioni etnografiche e le interviste condotte dall'autore presso le cliniche della fertilità, accertate e registrate dall'ISS, che acconsentivano a prendere parte a questo studio finanziato da LDF/MPI. In particolare, l'analisi intende esaminare le interazioni tra l'organico delle cliniche della fertilità e i pazienti musulmani, nelle strutture mediche di PMA torinesi precedentemente elencate e descritte[1].

Il capitolo si articola in sei paragrafi principali, che intendono raccogliere e riportare le dichiarazioni rilasciate dagli informatori della ricerca. La prima parte del capitolo è incentrata sulle impressioni riportate dai prestatori di assistenza sanitaria relativamente ai pazienti musulmani ed esamina, al contempo, la possibilità o l'impossibilità di un effettivo accomodamento dell'*islām* nell'offrire tecniche di RMA conformi alla *sharīʿah* presso cliniche della fertilità locali. La seconda parte del capitolo rivela i bisogni e le problematiche emergenti, nonché i segreti taciuti dai musulmani alla ricerca di trattamenti di fertilità a Torino.

Prima di addentrarsi in tali argomenti, è bene sottolineare che, per meglio comprendere le dichiarazioni e le dinamiche prese in esame, occorre considerare i precedenti capitoli II e III quali quadri di riferimento ultimi degli interlocutori, ossia dei genitori musulmani intenzionali e del personale amministrativo e sanitario delle cliniche che erogano procedure di PMA.

[1]. Per maggiori dettagli, si veda *supra*, capitolo I, paragrafi 6.1-6.3; capitolo II, paragrafo 6.

2. Le impressioni del personale medico-sanitario

Nelle realtà contemporanee, i professionisti medico-sanitari locali sono inseriti in un più ampio dibattito concernente l'*islām* europeo e le comunità musulmane nazionali. Le impressioni e la comprensione, da parte del personale medico-sanitario, dei genitori intenzionali musulmani che si sottopongono a trattamenti di fertilità diventano pertanto di cruciale importanza per cogliere le attuali dinamiche sociali.

I seguenti sottoparagrafi intendono quindi indagare il «prototipo rilevato» dei pazienti musulmani e dei genitori intenzionali locali – posto che esista – e svelare quali complesse situazioni l'organico medico-infermieristico e gli operatori ausiliari debbano quotidianamente affrontare, secondo quanto descritto dai soggetti intervistati. Partendo da osservazioni etnografiche ed esaminando le dichiarazioni rilasciate dai soggetti d'indagine musulmani, il presente paragrafo vuole altresì appurare se esista, e se possa essere trovato, un valido compromesso tra protocolli clinici e necessità dei pazienti.

2.1. I pazienti musulmani

Le caratteristiche dei genitori musulmani intenzionali che si rivolgono alle cliniche della fertilità venivano descritte in vario modo dal personale medico-sanitario intervistato, il quale rilevava aspetti discordanti[2]. Dovendo operare un distinguo, si possono individuare due gruppi principali.

A un estremo dello spettro, alcuni professionisti sanitari non individuavano né riferivano alcuna caratteristica atipica concernente i pazienti musulmani. Un medico, ad esempio, dichiarava che «in fin dei conti, le coppie musulmane sono esattamente come le altre: desiderano soltanto avere un bambino!». Un altro analogamente spiegava: «vogliono avere un figlio… e, di solito, desiderano così tanto avere figli!»; approfondendo ulteriormente, lo stesso aggiungeva che:

> Poi, sono pronti a trovare un compromesso, a adattarsi. Vede - diventano più flessibili quando non si trovano nei loro paesi di origine… Vede - paese che vai, usanze che trovi… Secondo me, dal momento che ho lavorato e viaggiato in paesi islamici, dipende dal paese in cui vivono. Qui si comportano come noi.

Uno specialista di fecondazione in vitro similmente asseriva che: «Si può dire che i musulmani siano diversi, quando si trovano in Europa… È naturale; le persone cambiano sempre quando non si sentono osservate». Secondo questi informatori, i musulmani sono assimilabili a tutti gli altri pazienti in quanto a bisogni e specificità e ciò è principalmente dovuto al loro trasferimento oppure al loro progetto migratorio verso paesi europei.

Alcuni professionisti medico-sanitari individuavano invece caratteristiche atipiche, dovute principalmente a tre diversi aspetti; ossia il quadro clinico dei pazienti, le regole di segregazione di

[2]. Il modo in cui l'organico medico-infermieristico e gli operatori ausiliari identificano i pazienti musulmani è esaminato *infra*, capitolo V, paragrafo 3.

genere, la storia e le dinamiche di coppia. Secondo uno specialista di fecondazione in vitro a capo di una clinica privata di RMA, ad esempio:

> Sì, queste coppie [musulmane] si presentano in maniera molto simile [agli altri pazienti] …forse, la differenza maggiore è che gli uomini sono sempre con le loro donne, sono presenti a ogni appuntamento clinico. In poche parole, non vogliono lasciare le mogli da sole col dottore.

Altri scorgevano una singolare caratteristica nella storia delle coppie musulmane. Chiarivano infatti che, tra i pazienti che si rivolgono ai centri per la fertilità, gli italiani autoctoni o gli stranieri non musulmani sono spesso membri di coppie precedentemente separate/divorziate oppure vedovi, i quali manifestano il loro desiderio procreativo con un nuovo compagno/a. Nelle coppie musulmane, invece, le mogli sono generalmente più giovani e non hanno mai concepito altri figli da relazioni precedenti. Il quadro clinico dei pazienti musulmani tende inoltre a differire per quanto attiene ai comuni fattori di infertilità maschile/femminile e alla fascia d'età degli aspiranti genitori[3].

I professionisti medico-sanitari intervistati facevano raramente riferimento a necessità motivate da religione e/o costumi analoghe a quelle esaminate nel capitolo precedente. Il direttore di un centro privato di PMA sosteneva che questo fosse dovuto a quello che potrebbe essere definito «un ragionevole e reciproco accomodamento» attuato sia dal personale sanitario, sia dai pazienti musulmani[4]. Citando le sue parole,

> I musulmani che vengono qui, di solito, hanno una mentalità aperta e sono ben integrati... Dopo aver lavorato qui per più di dieci anni, l'ho constatato. […] Si arriva a un compromesso. Noi cerchiamo di venire incontro alle richieste dei pazienti; i musulmani non danno un'interpretazione rigida dell'*islām*. Perciò... funziona bene.

Secondo l'opinione di alcuni medici, la bioetica islamica somiglia ad altre interpretazioni delle tecniche di RMA così come influenzate dalla religione; i pazienti musulmani, pertanto, «sono simili ai cattolici osservanti… ma quando arrivano qui, sono pronti a trovare un compromesso… almeno, il più delle volte». In effetti, diversi soggetti intervistati accennavano ad un «preesistente filtro contestuale»; altrimenti detto, in base alla loro esperienza, pazienti musulmani inflessibili ed estremamente esigenti non si sarebbero serviti delle cliniche della fertilità locali. Le parole scelte da un'infermiera aiutano a chiarire questo punto:

> Vedi… Io non so se siano «buoni musulmani», se preghino, se chiedano consiglio a qualcuno sul da farsi, ecc. […] Il punto è questo: non hanno alcun problema al riguardo [ossia la riproduzione assistita], altrimenti non verrebbero qui!

---

[3]. Come esaminato *infra*, nel capitolo V, paragrafo 4.

[4]. Per un ulteriore approfondimento circa il 'giusto mezzo' da trovare per l'accomodamento giuridico dei musulmani da parte dei sistemi giuridici europei, si veda *infra*.

Il personale medico-sanitario di centri pubblici e privati di RMA riportava tuttavia spiegazioni discordanti in merito all'atteggiamento dei pazienti musulmani. Il direttore di una clinica della fertilità privata, ad esempio, affermava:

> Se possono permettersi un centro medico privato, allora... vuol dire che sono ben integrati: lavorano, non sono più migranti o stranieri. […] Le coppie che vengono qui sono più simili a quelle italiane, nelle quali… il fattore economico è determinante.

Secondo l'esperienza di questo soggetto intervistato, i migranti musulmani con una buona istruzione, appartenenti al ceto medio, che si rivolgono a centri medici privati, non avanzerebbero alcuna particolare pretesa di conformità alla *sharīʿah*. Questi pazienti tendono infatti a manifestare la propria appartenenza religiosa in modo più personale e spirituale[5]. Uno specialista di fecondazione in vitro presso un centro medico dove si pratica la fecondazione assistita eterologa similmente precisava che «solo i musulmani laici» si rivolgono alle cliniche della fertilità, aggiungendo inoltre che «abbiamo avuto musulmani che si sottopongono a trattamenti sia omologhi, sia eterologhi, ma di donne velate… non se ne vedono!»[6].

Motivazioni differenti venivano avanzate dal personale amministrativo di un centro pubblico di RMA. In questo caso, l'assenza di richieste e istanze specifiche da parte dei pazienti musulmani era connesso a ragioni pratiche: i servizi forniti dalla clinica della fertilità erano infatti finanziati dal SSN. Riportando le parole della persona intervistata: «In fin dei conti, questo è un ospedale pubblico: se vieni qui, ti devi adattare! Religione o non religione, questo è quello che c'è. Ed è gratuito, quindi…».

Nell'incontro tra pazienti musulmani e professionisti medico-sanitari locali è dunque necessario trovare un compromesso tra un ragionevole e fattibile accomodamento dei bisogni specifici dei pazienti musulmani e le effettive risorse delle strutture sanitarie finanziate pubblicamente. Tale esigenza richiama il bisogno di strategie di accomodamento effettive e costruttive come espresso dal mondo accademico[7]. L'accomodamento rappresenta comunque un'arma a doppio taglio. Da una parte, si devono adeguare le normative correnti alle richieste delle minoranze, in linea con i diritti umani, in particolare, con il requisito di appropriati servizi di assistenza sanitaria. Dall'altra, gli stessi diritti umani non devono essere violati nel tentativo di soddisfare ogni bisogno di stampo culturale e/o

---

[5]. In merito a questo aspetto, si veda *supra*, capitolo III, paragrafo 4.1. Come evidenziato da Césari, a un estremo dello spettro si possono individuare i musulmani definibili come «sociologicamente musulmani»; all'estremo opposto, troviamo i musulmani che osservano strettamente i precetti islamici. Si veda Césari, *Introduction*, in Id. (a cura di), *The Oxford Handbook of European Islam*, Oxford, OUP, pp. 9-11.

[6]. I dati quantitativi concernenti le procedure di RMA eterologhe affrontate da pazienti musulmani sono analizzati *infra*, nel capitolo V, paragrafo 6.

[7]. Il 'ragionevole accomodamento' dei musulmani e dei principi conformi al diritto islamico nei paesi occidentali è stato affrontato *inter alia* da D. McGoldrick, *Accommodating Muslims in Europe: From Adopting Sharia Law to Religiously Based Opt Outs from Generally Applicable Laws*, in «Human Rights Law Review», 9, 4, 2009, pp. 603-645; J. Waldron, *Questions about the reasonable accommodation of minorities*, in R. Ahdar e N. Aroney (a cura di), *Shari'a in the West*, New York, Oxford University Press, 2010, pp. 103-113; P. Cumper, *Multiculturalism, Human Rights and the Accommodation of Sharia Law*, in «Human Rights Law Review», 14, 2014, pp. 31-57. Una più ampia introduzione sull'argomento si trova ad esempio in L.G. Beaman (a cura di), *Reasonable Accommodation: Managing Religious Diversity*, Vancouver, UBC Press, 2012.

religioso espresso dai pazienti[8]. L'accomodamento dovrebbe pertanto prevedere un ragionevole e appropriato processo di adattamento reciproco.

2.2. Le coppie musulmane

Quando le domande vertevano sulle coppie musulmane che si rivolgono alle cliniche della fertilità locali, il personale medico-sanitario assumeva spesso un'ottica di consapevolezza di genere. Tale approccio può essere dovuto a varie ragioni. Le donne sono di fatto maggiormente interessate dalle procedure cliniche di TRA/RMA e numerosi studi sostengono che le aspiranti madri siano maggiormente turbate da problemi di infertilità/sterilità[9] rispetto a quelle dei padri intenzionali. È inoltre risaputo che, nell'*islām,* infertilità e sterilità sino tradizionalmente connesse alle donne[10].

Nel corso delle interviste, il personale clinico tendeva a concentrare l'attenzione sulle donne, individuando al tempo stesso una caratteristica specifica delle coppie musulmane. Un considerevole numero di dipendenti femminili del personale amministrativo e medico-sanitario percepiva effettivamente uno squilibrio nelle dinamiche di coppia dei pazienti musulmani[11]. Basandosi sulle dichiarazioni delle pazienti e sul loro linguaggio del corpo, le persone intervistate rilevavano e riferivano un diffuso atteggiamento remissivo da parte delle pazienti musulmane, soprattutto se confrontate con quelle non musulmane. Il presente paragrafo e il successivo intendono fornire un resoconto delle situazioni delineate. È opportuno sottolineare che le affermazioni riportate non si avvalgono di supposizioni stereotipate concernenti l'egemonia maschile tra i musulmani, bensì fanno affidamento sulle esperienze descritte nelle interviste dai membri del personale medico-sanitario[12].

Per quanto attiene al linguaggio del corpo, alcuni specialisti di fecondazione in vitro, biologi ed embriologi riferivano vicende simili, concernenti soprattutto l'utilizzo dello spazio nella stanza destinata alla visita medica da parte dei pazienti musulmani. Secondo quanto osservato, la maggior

---

[8]. Come evidenziato da O.M. Arnardóttir, *Cultural Accommodation in Health Services and European Human Rights*, in E. Rynning, and M. Hartlev (Eds.), *Nordic Health Law in a European Context: Welfare State Perspectives on Patients' Rights and Biomedicine*, Koninklijke, Brill, 2011, pp. 181-200.

[9]. Si vedano ad esempio A. Abbey, F.M. Andrews e L.J. Halman, *Gender's Role in Responses to Infertility*, in «Psychology of Women Quarterly», 15, 2, 1991, pp. 295-316; K. Lykeridou, *et al*., *The impact of infertility diagnosis on psychological status of women undergoing fertility treatment*, in «Journal of Reproductive and Infant Psychology», 27, 3, 2009, pp. 223-237. A uomini e donne vengono certamente assegnati diritti e responsabilità differenti, nel momento in cui si sottopongono a procedure di RMA, come osserva R.M. Limiñana-Gras, *Health and gender perspective in infertility*, in M.P. Sánchez-López e R.M. Limiñana-Gras (a cura di), *The Psychology of Gender and Health: Conceptual and Applied Global Concerns*, Amsterdam, Elsevier, 2017, pp. 364- 400. Cfr. M. Dooley *et al.*, *The psychological impact of infertility and fertility treatment on the male partner*, in «Human Fertility», 17, 3, 2014, pp. 203-209.

[10]. Si veda *inter alia* A. Abu-Rabia, *Infertility and Surrogacy in Islamic Society: Socio-Cultural, Psychological, Ethical, and Religious Dilemmas*, in «The Open Psychology Journal», 6, 2013, pp. 54-60. Si veda anche *supra*, capitolo III e *infra*, capitolo V.

[11]. Uno studio psicologico concernente le dinamiche delle coppie italiane si può trovare in S. Cipolletta ed E. Faccio, *Time experience during the assisted reproductive journey: A phenomenological analysis of Italian couples' narratives*, in «Journal of Reproductive and Infant Psychology», 31, 3, 2013, pp. 285-298.

[12]. Una critica ai cliché semplicistici concernenti l'oppressione e la sottomissione delle donne musulmane nei paesi occidentali si trova ad esempio in W. Ali, *Muslim Women: Between Cliché and Reality*, in «Diogenes», 50, 3, 2003, pp. 77-87; and D.D. Zimmerman, *Young Arab Muslim Women's Agency Challenging Western Feminism*, in «Affilia: Journal of Women and Social Work», 30, 2, 2015, pp. 145-157.

parte delle donne musulmane tendeva a entrare negli ambulatori seguendo il marito e rimanendo dietro di lui. Cercando di evitare il contatto visivo con i medici uomini non musulmani, le pazienti musulmane solitamente sedevano nel posto più defilato (in genere quello situato dietro lo schermo del computer). In base alle interviste rilasciate, molti membri del personale delle cliniche della fertilità dichiaravano che le madri musulmane intenzionali mostrano la tendenza a cedere ai mariti il posto migliore, ossia quello di fronte al professionista sanitario.

Il comportamento sopradescritto veniva altresì confermato dalle indagini etnografiche: nel corso delle interviste, gli uomini musulmani normalmente prendevano posto di fronte all'autore e prendevano regolarmente per primi la parola. Una significativa percentuale di pazienti musulmani uomini era inoltre propensa a usare la prima persona singolare – ad esempio, «Io voglio», «Io capisco», «Io vedo», «Io farò» – anche nell'affermare la volontà della coppia di concepire un figlio sottoponendosi a trattamenti di fertilità[13]. Come sottolinea Serour, infatti, «nelle questioni di famiglia, la procreazione in particolare, di solito è la coppia a decidere, ma la decisione del marito è solitamente quella che prevale»[14].

L'esperienza riportata da un andrologo in merito a tale argomento è interessante e potrebbe delucidare altre dinamiche. Quando un musulmano si sottopone a una visita medica volta ad accertare problemi di sterilità/infertilità o una disfunzione, «la donna [ossia la moglie] raramente accompagna il marito. E, se presente, normalmente lo aspetta nel corridoio». Anche nel caso di «coppie emancipate» - come definite dall'interlocutore - quando la donna musulmana entra nella stanza adibita ad ambulatorio maschile, «parla molto molto raramente» e «non esprime mai la propria opinione, anche in presenza di un problema (ad esempio, impotenza)». Secondo il parere di questo medico, una moglie musulmana «si controlla per ragioni legate alla sua cultura o perché non conosce la lingua del posto»[15].

Durante le interviste, i medici identificavano ulteriori comportamenti adottati dagli uomini musulmani che esprimerebbero, agli occhi dei prestatori di assistenza sanitaria, la loro assertività e il loro ruolo preminente in famiglia. A titolo illustrativo, i soggetti intervistati facevano spesso riferimento ai numeri telefonici e alle conversazioni con interlocutori chiave maschili per descrivere un disequilibrio nelle dinamiche all'interno delle coppie che si sottoponevano ai trattamenti di fertilità. Gli uomini musulmani, per portare un esempio, spesso lasciavano solamente il proprio numero di telefono (anziché quello delle mogli) al personale amministrativo delle cliniche della fertilità locali. Questo accadeva, nonostante in genere siano proprio le donne ad avere bisogno di comunicare regolarmente con il centro di RMA quando si sottopongono a cicli di stimolazione ormonale. In diversi casi, il personale medico-sanitario tendeva ad interpretare questo comportamento da parte degli uomini musulmani come un modo per acquisire potere ed esercitare un controllo sulle proprie mogli. A titolo esemplificativo, un medico asseriva:

> Questi uomini esercitano molto controllo sulla vita delle donne! È piuttosto evidente. Si può dire: è lui che comanda. Ci dà solo il suo numero di telefono, per esempio. Lo fa per filtrare tutte le chiamate; così è al corrente di tutto quello che succede.

[13]. In merito a tale aspetto, si veda anche *infra*, paragrafo 6.
[14]. G.I. Serour, *Islamic laws and reproduction*, in J.G. Schenker (Ed.), *Ethical Dilemmas in Assisted Reproductive Technologies*, Berlin, DEG, 2011, pp. 333-342 a p. 334.
[15]. In riferimento alle competenze linguistiche dei pazienti di TRA/PMA, si veda *infra*, paragrafi 2.3 e 4.1.

In realtà, anche i problemi linguistici possono influire su questa scelta. Le donne musulmane immigrate e migranti, in particolare, sono molto condizionate dal fatto di essere raramente in grado di comprendere, leggere e parlare l'italiano[16]. La diffusa incapacità linguistica delle pazienti musulmane veniva infatti ampiamente segnalata dal personale amministrativo e sanitario, principalmente nelle cliniche di RMA pubbliche o convenzionate con il SSN[17]. A tale proposito, ulteriori informazioni possono essere ricavate sulla base dei dati rilevati sul campo, quali le descrizioni del comportamento femminile riferite da un medico e di seguito citate.

Di solito, le donne se ne stanno sedute tranquille. Sono silenziose. A volte fissano il pavimento, a volte si guardano intorno… Non parlano, è il marito a parlare. Aspettano che lui traduca e rispondono quando viene loro richiesto [qualcosa]; la maggior parte delle volte da noi stessi [medici]. […] Sinceramente, quando vedo che la donna non interagisce... o penso che non capisca, mi interrompo e chiedo l'intervento di un mediatore [culturale]. Ma questo è un problema. Prima di tutto, bisogna riprenotare la visita. Poi, il marito protesta. Di solito, dice: "Perché? Non ce n'è bisogno. Traduco io! A cosa ci serve il mediatore [culturale]?!". Quindi, oppone resistenza.

Altri estratti delle interviste rilasciate dai professionisti medico-sanitari individuano simili dinamiche di genere tra i partner musulmani stranieri che si sottopongono a procedure di RMA. Le persone intervistate percepivano e riportavano quanto segue:

Spesso arrivano insieme, ma è solo il marito che parla… L'uomo di solito parla con noi medici e le donne… fanno quello che viene loro detto di fare. Questa è la sensazione che ho.

e

Se lei non è in grado di capire cosa sta succedendo, la terapia, i trattamenti… va bene, basta che abbiano un bambino! […] A volte, ho avuto l'impressione che la donna, nell'*islām*, fosse considerata come una macchina per fare figli. È triste.

Naturalmente, le dinamiche descritte destano preoccupazioni circa il consenso informato prestato dalla donna a sottoporsi a cicli di TRA/RMA[18]. Da un lato, i prestatori di assistenza sanitaria non vogliono incoraggiare rapporti sbilanciati tra i loro pazienti. Dall'altro, non sempre è possibile avvalersi di un mediatore culturale ed è talvolta preferibile non posporre l'appuntamento clinico mentre si ricerca un interprete idoneo.

[16]. Le questioni linguistiche sono ulteriormente affrontate *infra*, paragrafi 4.1.1-4.1.2.
[17]. Un elenco e una distinzione tra i centri per la fertilità locali pubblici e privati si trova *supra*, capitolo II, paragrafo 6.
[18]. Si veda *supra*, capitolo II, paragrafo 2, nonché *infra*, paragrafo 4.1.3.

2.3. Le madri intenzionali musulmane

Nonostante caratterizzino solo alcune delle coppie musulmane sposate sottopostesi a trattamenti di fertilità nelle cliniche di RMA locali, lo schema sopra descritto non veniva contraddetto dalle osservazioni etnografiche condotte dall'autore relativamente alle relazioni tra medico e paziente. In effetti, è possibile che donne musulmane osservanti vogliano attenersi alle regole sciaraitiche che prescrivono l'obbedienza ai propri mariti, nonché una segregazione di genere ed un comportamento pudico (specialmente qualora gli specialisti siano uomini). È comunque opportuno notare che le situazioni illustrate identificano generalmente potenziali genitori musulmani stranieri immigrati trasferitisi di recente, i quali intraprendono trattamenti di fertilità presso centri pubblici.

Quando i componenti delle coppie si recano insieme a un appuntamento clinico, le donne musulmane possono decidere, di fatto, di attenersi alle norme consuetudinarie e mostrare pertanto rispetto e sottomissione, scegliendo di non interloquire con il medico e lasciando ai loro mariti un ruolo di primo piano[19]. Tuttavia, come rivelano le testimonianze di una biologa e di un'infermiera, «una volta sole, queste donne sono in grado di capire quello che dici» e «a volte, resti sorpresa: sanno anche parlare!». I soggetti intervistati summenzionati concordavano infatti nel sottolineare che, mentre un numero significativo di pazienti musulmane non ha familiarità con l'italiano, alcune potrebbero fingere di non conoscere la lingua del posto per adempiere ai doveri di una buona moglie musulmana «che sa stare al proprio posto». Secondo alcuni medici italiani, la docilità e la timidezza femminili conformi alla *sharīʿah* verrebbero pertanto dimostrate da questo loro modo di agire.

In realtà, i gruppi di discussione e le interviste con i pazienti condotti dall'autore dimostravano che alcune donne musulmane conoscono effettivamente l'italiano più di quanto solitamente dichiarato. Secondo quanto rivelato da alcuni mediatori culturali, esistono varie motivazioni alla base di tale scelta. Le donne musulmane arabofone talvolta «sono semplicemente troppo timide per parlare» o «non si sentono a proprio agio a parlare italiano, nonostante siano in grado di farlo»; in altri casi,

> […] queste donne sono sempre da sole… vedi. Perciò richiedono qualche attenzione particolare, qui: pensano che tu sia una loro amica, quando sono qui in ospedale ti vogliono vedere e così dicono [al personale della clinica] che non riescono a capire e che hanno bisogno di un mediatore culturale. Perciò ci chiamano e noi veniamo qui.

Ciononostante, una significativa percentuale di pazienti musulmane non comprende l'italiano e alcune immigrate non sono in grado di leggere l'arabo classico, essendo di fatto analfabete[20]. In questi

[19]. Come sottolinea Tremayne, la sottomissione e la cooperazione silenziosa delle donne musulmane durante i trattamenti di RMA sono motivate inoltre dal «senso di appartenenza e identità». Si veda S. Tremayne, *The «Down Side» of Gamete Donation: Challenging «Happy Family» Rhetoric in Iran*, in M.C. Inhorn e S. Tremayne (a cura di.), *Islam and Assisted Reproductive Technologies: Sunni and Shia Perspectives*, New York, Oxford, Berghahn, 2012, pp. 130-156, a p. 136.
[20]. Analogamnete a quanto confermato da alcune figure religiose locali.

casi, la ragione del silenzio delle donne è dunque da ricercare nella loro incapacità linguistica, unita al riserbo e alla mancanza di fiducia in sé stesse[21].

Secondo quanto espresso da mediatori culturali, *a'immah* e pazienti, diverse ulteriori motivazioni spiegano la scarsa familiarità con la lingua italiana da parte delle pazienti musulmane. Innanzitutto, il progetto migratorio della famiglia verso l'Italia potrebbe essere solo temporaneo, per cui le donne potrebbero non ritenere essenziale la conoscenza dell'italiano. Alcuni interlocutori musulmani migranti, ad esempio, dichiaravano che: «Noi partiremo presto, non staremo qui. Voglio andare in Inghilterra… veramente, non abbiamo bisogno dell'italiano» e «non parlo bene, dovrei ma… la mia famiglia vive in Francia, ci andrò anch'io. Il mio francese è meglio».

In secondo luogo, imparare una nuova lingua può essere impegnativo e dispendioso in termini di tempo: il modello tradizionale descrive le mogli musulmane abitualmente occupate da lavori domestici e da questioni procreative, perciò potrebbero non avere il tempo per frequentare corsi di lingua e studiare[22]. Analogamente, i mariti sottopostisi a trattamenti di fertilità spesso rivelavano che le loro mogli erano raramente in grado di comprendere e parlare la lingua locale, nonostante avessero vissuto in Italia già da qualche tempo[23]. I racconti dei pazienti di RMA tratteggiavano principalmente la seguente situazione: una volta ricongiunte ai mariti, le mogli non lavorano, trascorrendo pertanto la maggior parte del tempo a casa, da sole. Queste donne potrebbero cercare di sentirsi meno sole guardando programmi televisivi in lingua araba e svolgendo commissioni in zona, con l'aiuto di qualche amica o recandosi in un quartiere in cui si parli arabo[24].

Le mediatrici e i mediatori culturali musulmani fornivano spiegazioni simili: secondo loro, alcune donne migranti musulmane «sono contente che i mariti si prendano cura di loro». In altre parole, «obbediscono ai loro mariti. Loro [le mogli] li hanno seguiti qui. Adesso, loro [i mariti] devono fare tutto per loro [le mogli]», come riferiva una mediatrice culturale. Un'altra rimarcava il fatto che, poiché le strutture locali, quali gli ospedali pubblici, sono tenute a fornire una figura che ricopra il ruolo di interprete, gli immigrati o migranti di lingua straniera non avvertono la necessità di apprendere la lingua locale.

L'incapacità linguistica e i problemi connessi all'immigrazione non devono tuttavia essere confusi con i ruoli familiari e le dinamiche di genere che affondano le loro radici nelle culture e nelle tradizioni. Gli uomini musulmani trasferitisi in Italia di recente possono incontrare difficoltà analoghe con la lingua, come puntualizzato da un *imām*:

> Le generazioni precedenti erano diverse… Loro erano studenti. I nuovi arrivati, sono tutti operai: non hanno tempo per andare a scuola. Parlano un po'... Aspetteranno che i figli traducano per loro.

---

[21]. In merito alle difficoltà di comunicazione nelle relazioni medico-paziente e le relative implicazioni nei trattamenti di fertilità, si veda *infra*, sottosezioni del paragrafo 4.1.

[22]. Un *imām* dichiarava: «Questo è vero: le donne non parlano… Be', mia moglie è così... È un buon esempio. È arrivata qui anni fa, abbiamo avuto subito un bambino, poi un altro, poi un altro… Lei non ha tempo per andare a scuola».

[23]. Nei casi esaminati, il numero di anni variava da due a otto.

[24]. Il direttore di un centro di culto, ad esempio, spiegava: «A essere sincero, non ce n'è davvero bisogno [ossia di parlare la lingua del posto correntemente]. Vedi - vai a fare la spesa al supermercato: prendi solo le cose… O vai a Porta Palazzo: tutti parlano arabo, lì».

Adottando questo punto di vista, i genitori potenziali che si sottopongono a trattamenti di fertilità potrebbero nutrire già chiare aspettative per la propria prole, prima ancora che sia concepita e, in particolare, potrebbero proiettare sui figli non ancora concepiti o nati il bisogno di ridurre la distanza linguistica e culturale con la popolazione autoctona locale[25].

Come sottolineato poc'anzi, il fatto di non apprendere la lingua del paese in cui si sono stabiliti e/o di evitare di interagire direttamente con il personale medico-sanitario potrebbe essere indice di una scelta volontaria da parte dei pazienti musulmani, sia uomini che donne. Numerose sono le ragioni che giustificano una simile linea di condotta. Tuttavia, l'organico medico-infermieristico locale avvertiva nettamente il contegno delle pazienti come un elemento che rinsalda la percezione stereotipica della moglie musulmana sottomessa, come dimostrano i dati rilevati sul campo. Un'ostetrica, ad esempio, dichiarava: «con queste donne, si vede chiaramente questo: si fidano di te e fanno affidamento sugli uomini, completamente… È lui quello che porta avanti il tutto». Un'infermiera rilasciava una dichiarazione simile: «queste donne non sono consapevoli, non [tanto] quanto le altre… di solito. Sono obbedienti e sottomesse». Un altro infermiere affermava «sono abituate a soffrire in silenzio… Raramente si lamentano del dolore, anche quando il trattamento è doloroso. Sanno che devono farle [le procedure di RMA]. Punto e basta». Un'embriologa ulteriormente confermava: «Hanno il senso del dovere, il senso dell'obbligo. Secondo me, dicono: "Mi è successo questo. Abbasso la testa e obbedisco". È come se dovessero farlo»[26].

In effetti, la realtà è più fluida, variegata e complicata. In un contesto migratorio, in particolare, possono emergere nuove vulnerabilità, aldilà degli stereotipi concernenti l'oppressione di genere e la disuguaglianza delle donne musulmane[27]. Una descrizione delle dinamiche di potere all'interno delle coppie musulmane veniva offerta da una biologa presso un ospedale pubblico, quando affermava quanto segue:

> Secondo me, ci sono tre tipi di donne musulmane. L'1% ha il controllo; hanno preso il sopravvento. Nel 10% dei casi, si vede una buona intesa; la coppia è in sintonia. Per il resto dei pazienti… il marito controlla sia la moglie, sia la situazione.

Secondo questo interlocutore, rispetto ai pazienti non musulmani, l'89% dei genitori musulmani intenzionali, che si rivolgono a questa clinica di RMA finanziata pubblicamente, si trova in una relazione sbilanciata in termini di potere e di modelli tradizionali concernenti i ruoli di genere conformi alla *sharīʿah*.

Al contrario, alcuni medici tracciavano un resoconto dettagliato relativo a donne musulmane emancipate, la cui condotta si oppone alle tradizionali descrizioni stereotipiche delle mogli musulmane «timide», «sottomesse» e «velate». Alcune donne provenienti da paesi a maggioranza musulmana possono infatti scegliere uno stile di vita meno conservatore o persino laico, una volta stabilitesi in paesi europei. Ne consegue che possono intraprendere relazioni sessuali anche con uomini non

[25]. Secondo quanto sottolineato anche da uno psicologo, durante un'intervista.
[26]. La maternità costituisce infatti una pietra miliare nella vita di una donna musulmana. Si veda *infra*, paragrafo 6.
[27]. In realtà, alcuni studi recenti hanno confermato che la mascolinità può essere similmente problematizzata e denigrata, nel caso degli uomini musulmani migranti. Si veda ad esempio K. Charsley e A. Liversage, *Silenced Husbands: Muslim Marriage, Migration and Masculinity*, in «Men and Masculinities», 18, 4, 2015, pp. 489-508.

musulmani, senza essere sposate religiosamente e/o legalmente con i loro partner e purtuttavia manifestare il proprio desiderio di prole. Oggigiorno, queste donne musulmane, descritte dal personale medico-sanitario intervistato come «indipendenti e autodeterminate», si rivolgono a cliniche della fertilità, sia pubbliche che private, a Torino. Nel corso delle interviste, questo fenomeno veniva definito quale «circostanza sorprendente» da parte dei prestatori di assistenza sanitaria locali, quanto meno da coloro i quali erano all'inizio della loro carriera. A titolo esemplificativo, un ginecologo ricordava e descriveva delle pazienti musulmane emancipate come segue:

Le donne musulmane del ceto medio-alto, siano esse studentesse o figlie/mogli di uomini abbienti, a volte desideravano sottoporsi a trattamenti di fertilità. […] A dire la verità, erano sessualmente attive e libere… Magari dicevano di essere vergini, ma non era vero… a volte avevano interrotto una o più gravidanze indesiderate in Marocco, o da qualche altra parte… così, allora, avevano problemi a concepire per questo motivo. […] Uno non se lo aspetta, invece succede.

Alcuni specialisti di fecondazione in vitro presso cliniche private locali descrivevano esperienze analoghe concernenti i cambi di compagno delle donne musulmane che si rivolgevano ai centri medici di RMA per diventare madri; le dichiarazioni riportate di seguito illustrano quanto esposto.

Le donne musulmane non sono tutte timide come noi potremmo pensare! Quello è solo uno stereotipo - vede. Per esempio, ho visto il cambio del marito per tre volte, per due di loro... intendo, le mie pazienti. In quei casi, una era una marocchina e l'altra... era egiziana,

Mi è capitato qualche caso, due o tre, a dire il vero… in cui il ruolo [che mi sarei aspettato] si era ribaltato. Una donna si presentava da noi con un altro uomo. In altre parole, la donna espresse il proprio desiderio di maternità con un compagno diverso in momenti diversi. Era una donna araba e, per noi, era fuori dal comune.

e

Delle peculiarità? Certo: le donne musulmane cambiano partner sessuali più spesso di quelle europee… Nella mia esperienza, le donne musulmane cambiano compagno di frequente …più frequentemente, sì.

Sulla base dell'evidenza empirica raccolta, pare che le cosiddette «donne musulmane emancipate» fossero più inclini a rivolgersi a cliniche della fertilità private piuttosto che a strutture pubbliche; tuttavia, in un ospedale pubblico, alcune infermiere riferivano con stupore un episodio simile, raccontando:

Ci sono donne che cambiano compagno, nel frattempo [mentre aspettano di essere chiamate per i trattamenti di fertilità finanziati dal SSN][28] …e anche le musulmane! Funziona così. Vengono messe in lista; poi, al momento della visita… arrivano con un altro [compagno]! Così, noi dobbiamo dire: «Guardi, signora, questo non è possibile. Dobbiamo rimetterla al fondo [della lista d'attesa] … deve rifare tutto daccapo, perché il

[28]. Ulteriori delucidazioni in merito alle liste di attesa dei pazienti si trovano *infra*, capitolo V, paragrafo 8.

trattamento è per la coppia e, adesso, è cambiata!». Certo, si lamentano; ma questa è la regola. […] Quando si tratta di musulmane, è più frequente… e non te lo aspetti. Vero?

È qui bene sottolineare che la libertà sessuale delle donne musulmane veniva comunemente considerata dai membri dell'organico medico-infermieristico come un indice di condizione emancipata. In realtà, i prestatori di assistenza sanitaria locali percepivano e interagivano con gli aspiranti genitori musulmani che si sottoponevano a procedure per la fertilità in modi differenti. Dalle osservazioni etnografiche è inoltre emerso che i professionisti medico-sanitari avevano successivamente riconsiderato le proprie esperienze con i pazienti musulmani, convenendo infine che «il» paziente musulmano stereotipico non esiste.

Al contrario, le specificità e i bisogni dei genitori intenzionali musulmani si articolano in vari modi, includendo dinamiche più complesse, connesse non solo alla dottrina religiosa islamica e ai tradizionali costumi musulmani, ma anche ai progetti migratori delle coppie e alle aspettative della famiglia allargata. I paragrafi successivi intendono pertanto esaminare se, localmente, possano invero essere offerte procedure TRA e PMA conformi alla *sharīʿah*.

3. Offerta di TRA e PMA conformi alla sharīʿah

Adottando la prospettiva del diritto islamico, emergono alcuni aspetti (potenzialmente) problematici nell'erogazione di trattamenti di fertilità conformi alla *sharīʿah*, come delucidato in precedenza[29].

In particolare, nelle cliniche della fertilità locali, determinati fattori possono incidere significativamente sulla comunicazione tra membri del personale e pazienti musulmani. Ai musulmani non è infatti consentito prendere in considerazione l'adozione come possibilità genitoriale alternativa, benché tale aspetto debba essere menzionato dagli specialisti di fecondazione in vitro che esercitano la professione sul territorio italiano[30]. Allo stesso modo, altri due divieti islamici condizionano variamente i pazienti musulmani, ossia la proibizione di ricorrere a procedure di RMA eterologhe per i musulmani sunniti e il divieto di sottoporsi a trattamenti di fertilità omologhi per tutte le coppie musulmane non sposate[31].

La preferenza per un medico (musulmano) donna e l'esigenza di rinviare qualunque cura medica non urgente programmata durante il mese di digiuno rituale[32] possono inoltre avere ripercussioni sull'esito delle terapie di RMA. Oltretutto, alcune procedure connesse alla PMA – quali eugenetica, diagnosi preimpianto, diagnosi prenatale e crioconservazione degli embrioni – possono essere contestate dai genitori intenzionali musulmani[33].

Rispecchiando la struttura espositiva adottata nel capitolo precedente (ossia nelle sottosezioni del paragrafo 3), nei prossimi paragrafi verranno affrontati gli aspetti (potenzialmente) problematici

[29]. Si veda *supra*, capitolo III, paragrafi 5-7.3.
[30]. Si veda *supra*, capitolo II, paragrafo 2.
[31]. Si veda *supra*, capitolo III, paragrafi 6.1-6.2 e7.1.
[32]. Si veda *supra*, capitolo III, paragrafi 7.2 e 7.3.1.
[33]. Si veda *supra*, capitolo III, paragrafi 7.3.2-7.3.4.

connessi alla procreazione medicalmente assistita e alle tecniche riproduttive. Le questioni sollevate dalle figure religiose nel corso delle interviste vengono qui esaminate dal punto di vista del personale delle cliniche della fertilità e dei pazienti musulmani sottopostisi a trattamenti di TRA/RMA. L'analisi svela pertanto soluzioni creative abilmente elaborate, in risposta a bisogni dettati da religione e costumi, da parte sia dei professionisti medico-sanitari sia dei pazienti musulmani.

3.1. Rapporto medico-paziente

Secondo il parere dei giurisperiti islamici, le donne musulmane dovrebbero relazionarsi, preferibilmente, con medici e infermieri musulmani di sesso femminile[34]. In realtà, l'organico medico-infermieristico e gli operatori ausiliari intervistati descrivevano tale necessità conforme alla *sharīʿah* come pressoché inesistente nel settore della procreazione medicalmente assistita[35].

Al fine di comprendere e analizzare approfonditamente la condotta dei musulmani, occorre innanzitutto operare una distinzione tra cliniche della fertilità pubbliche e private. In base a quanto riportato dai soggetti intervistati, risulta che gli aspiranti genitori che si rivolgano a centri di RMA privati adottano una sorta di versione personalizzata, spiritualizzata o laica dell'*islām*; pertanto, una visita compiuta da un medico non musulmano di sesso maschile non viene percepita come problematica[36]. Un medico uomo delucidava: «Qui sono solo io a eseguire la procedura di fecondazione in vitro …si può leggere sul sito internet. Se uno viene qui, lo sa».

In secondo luogo, qualora vengano sollevate questioni concernenti la segregazione di genere e il pudore femminile, può essere appositamente programmato un appuntamento clinico con un medico donna. Il direttore di una clinica di RMA privata spiegava infatti che:

> Tra le richieste specifiche avanzate dai pazienti musulmani, è sempre più raro che ci sia quella di un medico donna. In caso lo chiedano e non ci siano donne medico disponibili quel giorno, l'appuntamento viene riprogrammato, come da richiesta dei pazienti.

Nel caso di centri di fertilità finanziati pubblicamente, tale questione non veniva analogamente sollevata, o meglio, non sempre veniva espressa nelle cliniche di RMA. Secondo quanto affermato da un medico: «Hanno atteso così a lungo, che una volta che sono qui, va bene tutto!»[37]. In alcune unità ospedaliere, in realtà, la maggior parte del personale medico-sanitario è composta da donne, pertanto «il problema non si pone».

Prendendo in esame il punto di vista dei pazienti musulmani, gli uomini musulmani spesso asserivano che le norme islamiche concernenti la separazione di genere fossero meno rigide nei contesti occidentali; due pazienti, ad esempio, dichiaravano che: «Se lui [il medico uomo] la sta aiutando, allora va bene», e «Siamo in un ospedale pubblico: cosa possiamo fare qui?». Tuttavia, quando venivano

[34]. Si veda *supra*, capitolo III, paragrafo 7.2.
[35]. Al contrario, questo avviene al pronto soccorso, come peraltro confermato dalle osservazioni etnografiche.
[36]. Si veda *supra*, paragrafo 2.1; si veda inoltre capitolo III, paragrafo 4.1.
[37]. In merito alla lunghezza della lista di attesa dei pazienti, si veda *infra*, capitolo V, paragrafo 8.

poste loro domande specifiche in merito a tale questione, alcuni aspiranti padri musulmani manifestavano disagio e insoddisfazione.

A titolo esemplificativo, nell'apprendere che avrebbero potuto non esserci donne medico nella struttura, un uomo marocchino di ventotto anni rimaneva profondamente contrariato, al punto da mettere in dubbio di voler procedere con la terapia TRA recentemente intrapresa. Citando le sue parole, «Se ci sono solo uomini [ossia medici di sesso maschile], allora non so se lo facciamo [il trattamento di fertilità] ...non va mica bene!». Quando gli veniva domandato se la moglie ventunenne fosse riluttante ad essere visitata da un medico uomo, tanto da essere anch'essa disposta a rinunciare alla procedura di fertilità, senza consentirle di rispondere, l'aspirante padre dichiarava: «Sì, sì... è d'accordo. Certo che lei è d'accordo!». Un caso analogo veniva riferito da un giovane medico di sesso maschile, il quale affermava che, nell'arco di tre anni, solo una paziente musulmana osservante (che aveva precedentemente iniziato una procedura di TRA) si era rifiutata di sottoporsi a un'ecografia a ultrasuoni perché non c'erano donne medico disponibili.

Tale linea di condotta può effettivamente limitare l'indipendenza e l'autonomia delle donne musulmane. Come precisa Atighetchi, tuttavia, le pazienti musulmane spesso richiedono una mediazione verbale o la presenza di un parente (maschio) quando si trovano di fronte a un medico (musulmano) di sesso maschile[38]. Nell'ottica occidentale, la presenza di un intermediario può apparire irrispettosa della parità e della dignità delle donne; le famiglie musulmane, tuttavia, non reputano la mediazione maschile un abuso nei confronti dei diritti e dell'indipendenza delle donne. Anzi, secondo la prospettiva islamica, l'intervento di tutori (maschili) è atto a proteggere le pazienti[39].

Tralasciando le disposizioni islamiche e casi, di fatto, isolati, sembra che uno degli elementi di maggiore criticità nello stabilire un rapporto con i prestatori di assistenza sanitaria sia connesso non solo alle dinamiche di genere e alle norme di segregazione di sessi diversi, ma anche a questioni di carattere linguistico, culturale e religioso. A titolo illustrativo, alcune mediatrici culturali evidenziavano che le pazienti «semplicemente si fidano di più di te perché sei velata» e «se vedono che indossi il velo e loro sono velate, allora pensano: "Se me lo dice una donna velata, dev'essere vero!". Accade spesso». L'appartenenza religiosa gioca dunque un ruolo chiave nella costruzione di un rapporto di fiducia tra i pazienti musulmani, l'organico medico-infermieristico e gli operatori ausiliari[40]. In altre parole, quella linguistica è solo una delle barriere da superare; altri ostacoli sono di natura religiosa e culturale. Una mediatrice culturale ulteriormente approfondiva:

> A volte, magari cammino nei corridoi [dell'ospedale] e le donne musulmane mi chiamano [...] Si avvicinano e mi fanno domande: dove devono andare e così via… a volte, mi chiedono persino di controllare la loro terapia. Sai, sei velata, parli la loro lingua… sei subito un'amica. È semplice.

Secondo quanto espresso dai mediatori culturali di sesso femminile, benché il medico ideale sia una donna medico musulmana, dal punto di vista della *sharīʿah*, un buon rapporto medico-paziente si

[38]. D. Atighetchi, *Islamic perspectives on vulnerable groups*, in J. Tham, A. Garcia, and G. Miranda, *Religious Perspectives on Human Vulnerability in Bioethics*, Dordrecht, Springer, 2014, pp. 175-191, alle pp. 179-180.
[39]. Si veda *supra*, paragrafi 2.2 e 2.3.
[40]. Come confermano le dichiarazioni delle figure religiose e dei direttori dei centri di culto esaminate *supra*, capitolo III, paragrafo 7.2.

fonda su altri elementi. Indipendentemente dalle disposizioni islamiche e dalla bioetica così come influenzata dalla religione, i professionisti medico-sanitari in effetti identificavano un bisogno peculiare e un comportamento costante da parte degli aspiranti genitori musulmani che si rivolgono alle cliniche torinesi della fertilità, pubbliche o private.

Per quanto concerne il bisogno specifico summenzionato, nonostante non sempre venisse espresso, è emerso che i pazienti musulmani attribuiscono grande rilievo alla continuità nell'assistenza sanitaria. Un rapporto medico-paziente duraturo e costante è quindi di cruciale importanza, come illustrato dal responsabile di una clinica finanziata dal SSN:

> Per loro – a differenza delle coppie italiane – per i musulmani la fedeltà [terapeutica] è particolarmente importante. […] Essere seguiti dallo stesso medico dall'inizio alla fine [del trattamento di RMA], è un fatto emotivo… È anche una questione di empatia e un problema di lingua.

In realtà, tra il personale medico-sanitario locale e i pazienti musulmani esistono barriere linguistiche e, talvolta, anche culturali. Ne consegue che sarebbe preferibile che chi presta assistenza sanitaria rimanesse invariato, al fine di migliorare la comunicazione e la comprensione reciproca tra medici e pazienti stranieri. La continuità è tuttavia un obiettivo che non può essere conseguito nei centri pubblici, in cui un elevato numero di membri del personale medico ruota su diverse strutture sanitarie. I mediatori culturali possono pertanto agevolare la comunicazione tra i diversi specialisti e i coniugi musulmani sottopostisi a procedure di RMA[41].

È altresì opportuno notare che i pazienti musulmani intervistati esprimevano regolarmente la preferenza di evitare la discontinuità nell'assistenza sanitaria. Nonostante non richiedessero espressamente la continuità clinica ad opera degli stessi specialisti, le donne musulmane segnalavano spesso cambiamenti nel personale sanitario deputato alla somministrazione dei trattamenti medici. Una donna musulmana, ad esempio, dichiarava: «Loro [gli specialisti] cambiano sempre… ci sono sempre persone diverse, qui! E non [ti] spiegano che cosa sta succedendo». Il marito ha aggiunto: «Vedi, lei è così: ha bisogno di sapere, ha bisogno di capire perché non sta funzionando... Non glielo dicono - lei dice - perciò è molto delusa del servizio offerto qui».

Oltre al bisogno specifico summenzionato, i professionisti medico-sanitari locali descrivevano un comportamento ricorrente tra i loro pazienti musulmani; diversamente da altri genitori intenzionali, i musulmani mostravano una totale fiducia nei confronti degli specialisti di fecondazione in vitro. A titolo illustrativo, una giovane membro del personale clinico di un centro per la fertilità, quando veniva intervistata in merito ai pazienti musulmani, affermava: «Oh… si affidano completamente a te!». Un altro medico asseriva: «Uno [un paziente musulmano] una volta mi ha detto: "Dio fa il miracolo, ma un bravo dottore aiuta!"». Il direttore di una clinica della fertilità privata illustrava in maggior dettaglio:

> Ho aiutato una donna musulmana ad avere un bambino; ha avuto una figlia, a dire il vero… È successo molti anni fa, è stato negli anni Ottanta. […] Ad ogni modo, sente ancora un debito di gratitudine - un debito di gratitudine speciale, veramente. Mi ha portato alcune giovani pazienti, soprattutto dal Marocco e dalla Libia. [...] Mi aiuta con le traduzioni… e via dicendo.

[41]. Si veda *infra*, paragrafo. 4.1.1.

Tale caratteristica nell'interazione tra medico e paziente veniva spiegata diversamente da altri soggetti d'indagine. Secondo alcuni, la fiducia totale riposta nel medico da parte dei pazienti musulmani sarebbe da attribuire alla concezione di medicina e scienza nel mondo islamico. Riportando le parole del direttore di una clinica della fertilità,

> L'atteggiamento generale è quello di fidarsi del dottore. Fanno quello che il medico dice loro di fare. I dottori rappresentano la scienza anche nell'*islām*, così loro… così i musulmani, che vogliono avere figli, si fidano di te. Possiamo dire che siano molto pragmatici nella loro semplicità.

Altri membri del personale della clinica della fertilità ipotizzavano una motivazione differente. A loro parere, il fatto che i pazienti musulmani ripongano piena fiducia nei prestatori di assistenza sanitaria deriverebbe da una mancanza di conoscenza e familiarità con i metodi di RMA (conformi alla *sharīʿah*). Un biologo affermava: «Non fanno molte domande... non hanno navigato su internet e non avanzano molte obiezioni… Sollevano poche questioni, o addirittura nessuna». Un medico analogamente asseriva: «Leggono meno degli italiani. Non sono altrettanto bene informati – diciamo così. Perciò non mettono in discussione te o quello che fai, solitamente».

Secondo questo punto di vista, i pazienti musulmani non consultano molte fonti, laiche e/o religiose, relativamente ai trattamenti di TRA, pertanto non esprimerebbero perplessità alcune riguardo alle modalità di fertilità adottate, e non metterebbero in discussione tanto le procedure di RMA quanto la competenza dei medici. Di conseguenza, riprendendo le parole scelte da un soggetto intervistato, si può dedurre che gli aspiranti genitori musulmani sottoponentisi a trattamenti di fertilità nei centri di RMA locali «si fidano e si affidano completamente» ai professionisti medico-sanitari.

Se si adotta la prospettiva delle figure religiose locali, tuttavia, la percepita fiducia assoluta dei pazienti musulmani nelle procedure di TRA dev'essere riposta non tanto nel personale medico-sanitario, quanto in Dio[42]. Si ritiene infatti che i musulmani debbano accogliere con fede i piani divini, qualsiasi cosa essi prevedano. Secondo questa prospettiva predeterministica, l'importanza decisiva della sorte personale nel plasmare il destino individuale sarebbe quindi da leggere come la principale ragione alla base del segno distintivo identitario, come chiaramente percepito e pressoché unanimemente riferito dagli intervistati, che caratterizza i pazienti musulmani sottopostisi a procedure di fertilità.

Nonostante la diffusa (e fiduciosa) accettazione della competenza medica, disagio o imbarazzo possono compromettere la relazione medico-paziente. In particolare, alcuni medici esprimevano fastidio e disagio nel relazionarsi con alcuni pazienti musulmani conservatori. Alcuni prestatori di assistenza sanitaria riferivano che mancanza di fiducia e diffidenza nei confronti di aspiranti genitori musulmani stereotipati costituivano ormai un vecchio fenomeno, un atteggiamento locale che in passato aveva caratterizzato alcuni rapporti medico-paziente, ma che era presto diventato anacronistico. Sebbene i tempi siano cambiati, alcuni pregiudizi di stampo religioso/culturale erano comunque avvertiti ed espressi apertamente da alcuni membri delle cliniche di RMA torinesi. A titolo esemplificativo, un medico dichiarava:

---

[42]. Si veda *supra*, capitolo III, paragrafo 4.1.

Quando sento questo e quello… ascolto le notizie… Sa, a volte, penso: ma devo aiutare questi [pazienti musulmani] a concepire dei figli, poi… sapendo che il mondo sarà loro!? Dicono che conquisteranno il mondo intero con i grembi delle loro donne, no?! Eppure, lo faccio. Sono un medico, in fin dei conti […] Sa cos'è peggio? Se la procedura va male, dicono che è colpa mia; se invece va bene, è Dio che ha voluto che andasse così…

Questo intervistato palesava la propria frustrazione e il proprio timore rispetto alla crescita della popolazione musulmana locale, nonché all'aumento esponenziale di pazienti musulmani. Sebbene l'obbligo professionale di prestare cure non sia mai stato messo in discussione, questa dichiarazione rivela un certo disagio nel relazionarsi con degli assistiti parte di una popolazione locale che si presenta sempre più diversa sotto il profilo culturale e religioso.

Parafrasando Allievi, mentre un tempo la pluralità era considerata patologica, ora sta diventando fisiologica nel panorama sociale europeo[43]. La presenza sempre più numerosa della popolazione musulmana può, nondimeno, portare ad atteggiamenti islamofobici, inclusa la cosiddetta «razzializzazione» dei musulmani[44]. Di conseguenza, le problematiche menzionate devono essere affrontate con urgenza, anche perché l'analisi dei dati quantitativi indica una crescita costante e incessante dei pazienti musulmani che si rivolgono a centri per la fertilità torinesi[45].

3.2. Richieste specifiche durante il ramadhān

Per quanto concerne le peculiari richieste da soddisfare durante il *ramadhān*, sono emerse due questioni principali. La prima riguarda i trattamenti di fertilità durante il mese di digiuno rituale, la seconda concerne le donne in (futuro) stato di gravidanza.

Dalle osservazioni etnografiche condotte durante il *ramadhān* e dalle interviste al personale medico-sanitario è risultato che i pazienti musulmani hanno la tendenza a non sollevare la questione: chiedono di riprogrammare l'appuntamento clinico[46], oppure si presentano all'appuntamento e procedono comunque con la terapia RMA. Un paziente, ad esempio, dichiarava: «Non possiamo mangiare se è *ramadhān*, allora abbiamo interrotto la stimolazione ormonale e abbiamo poi iniziato di nuovo. Nessun problema per quello». L'organico medico-infermieristico e gli operatori ausiliari locali concordavano tuttavia nel riferire che il rinvio dell'appuntamento viene richiesto molto di rado. A titolo illustrativo, un medico asseriva:

Non è un problema: o la questione non viene sollevata, o modifichiamo i programmi in modo da concordare un'altra data idonea. Abbiamo una lista di attesa molto corta, per cui possiamo farlo agevolmente.

---

[43]. *Reactive identities and Islamophobia: Muslim minorities and the challenge of religious pluralism in Europe*, in «Philosophy and Social Criticism», 38, 4-5, 2012, pp. 379-387.

[44]. Si veda ad esempio C. Ogan *et al.*, *The rise of anti-Muslim prejudice: Media and Islamophobia in Europe and the United States*, in «International Communication Gazette», 76, 1, 2014, pp. 27-46; S. Garner e S. Selod, *The Racialization of Muslims: Empirical Studies of Islamophobia*, in «Critical Sociology», 41, 1, 2015, pp. 9-19.

[45]. In merito a questo aspetto, si veda *supra*, capitolo I, paragrafo 5. Si veda altresì *infra*, capitolo V, paragrafi 2 e 8 per quanto concerne i dati dei pazienti musulmani che si sottopongono a trattamenti di fertilità residenti a Torino.

[46]. Come raccomandano gli *a'immah* locali. Si veda *supra*, capitolo III, paragrafo 7.3.1 e *infra*, capitolo V, paragrafo 8.

In realtà, avvalendosi dei dati rilevati sul campo, è possibile individuare un modello convenzionale nella condotta dei pazienti musulmani. Qualora la procedura di fertilità si svolga in cliniche private, l'appuntamento clinico viene già in origine prenotato in un periodo dell'anno non coincidente con il sacro mese del digiuno islamico. Nel caso di centri di RMA finanziati dal SSN o pubblici, la lista di attesa dei pazienti è solitamente più lunga, pertanto, una volta contattati, gli aspiranti genitori musulmani possono decidere se recarsi alla visita medica e iniziare comunque la procedura, oppure chiedere di riprogrammare l'appuntamento con il medico[47].

In merito a quest'ultima opzione, è affiorato un dato interessante. I pazienti musulmani raramente menzionano il *ramadhān* quale motivo del rinvio dell'appuntamento clinico precedentemente programmato. Affrontando l'argomento con il personale amministrativo e sanitario, emergeva un problema: qualora il posticipo nell'appuntamento non venga effettivamente giustificato dal paziente, la visita medica può subire un ritardo considerevole. Un'infermiera, ad esempio, dichiarava:

> Effettivamente, ora che mi ci fai pensare... Oggi, ne ho chiamati un po' [di aspiranti pazienti] ed entrambi mi hanno detto di rimandare [l'appuntamento] a causa di un viaggio… Vuoi vedere che è questa la ragione [per cui hanno chiesto il rinvio]? Non hanno menzionato il *ramadhān*, però… Be', adesso che lo so, li richiamerò e dirò loro che - se questa è la vera ragione del ritardo - posso fissargli un altro appuntamento senza metterli ancora al fondo della lista…

In seguito al presente studio, alcuni prestatori di assistenza sanitaria invero decidevano che avrebbero verificato se la richiesta di posticipo degli appuntamenti fosse dovuta a motivi religiosi, in modo da poter meglio accogliere le esigenze dei potenziali genitori musulmani.

Il secondo aspetto problematico specificamente connesso al *ramadhān* riguarda le donne che digiunano, benché abbiano intrapreso una terapia di RMA, o donne già in stato di gravidanza[48]. In realtà, il diritto islamico prescrive una dispensa dal digiuno in queste particolari situazioni[49]; ciononostante, le comunità musulmane locali potrebbero non essere a conoscenza di tali disposizioni; come affermava il capo di un centro di culto locale:

> Ciò accade perché non conoscono la religione… Cercano di far bene, ma fanno sbagliato. I diabetici dicono di stare bene e lo fanno [il digiuno rituale]. Capita anche nei nostri stessi paesi... vedi anziani che non riescono a camminare dritti... perché secondo loro, se non lo fanno, è peccato; invece è peccato se lo fanno! Una donna incinta non può farlo… La moschea deve spiegarlo, non il dottore italiano! Il problema è anche questo: non credono al dottore italiano; si fidano di più di un musulmano...

Al fine di risolvere tale questione, data la mancanza di medici musulmani negli ospedali italiani, e per evitare di trascurare i bisogni dei pazienti musulmani, alcune figure religiose consigliavano che le strutture ospedaliere locali assumessero un *imām*. Il capo di un centro di culto di Torino dichiarava:

---

[47]. Un ulteriore approfondimento in merito alla lista di attesa dei pazienti nelle cliniche della fertilità si trova *infra*, capitolo V, paragrafo 8.
[48]. Tale comportamento veniva segnalato da un consistente numero di medici negli ospedali pubblici.
[49]. Si veda *supra*, capitolo III, paragrafo 7.3.1.

Ce n'è bisogno, ce n'è bisogno, ce n'è bisogno eccome. Ce n'è bisogno anche per guidare... molta gente. Per esempio, un ragazzo mi ha detto: «Non ci sono infermiere donne!». Dunque, serve un *imām* che si assuma la responsabilità, perché le persone che vanno lì [in ospedale] non sono istruite… magari hanno sentito qualcuno dire: «Un uomo non può toccare una donna!». E così non vogliono essere visitate… ma non sanno che l'*islām* si cura della vita umana. ...è ora che gli ospedali abbiano qualcuno!

Per converso, un altro *imām* locale asseriva fermamente che non è necessario che gli ospedali locali designino rappresentanti o figure religiose musulmane, poiché «ce ne sono molti nella città, le persone solo non vengono tanto in moschea e, allora, non sanno cosa fare». In altri termini, i genitori intenzionali musulmani che si sottopongono a cicli TRA/RMA potrebbero non avere familiarità sia con il diritto islamico sia con comportamenti conformi alla *sharīʿah*; tuttavia, non compete alle strutture sanitarie affrontare tale questione. Il benessere delle donne musulmane o l'esito positivo di un trattamento di fertilità potrebbero tuttavia essere messi a repentaglio da alcune pratiche tradizionali e rituali, così come attuati dalle pazienti nel tentativo di rispettare i precetti islamici[50].

3.3. Crioconservazione di embrioni, eugenetica e diagnosi prenatale

Secondo quanto precedentemente delucidato, nel caso di pazienti musulmani, alcune procedure potenziali amente connesse alla RMA ed eventuali complicazioni durante la gravidanza possono dare origine a controversie[51]. In risposta a domande inerenti tali trattamenti di TRA/RMA somministrati agli aspiranti genitori musulmani, il personale medico menzionava solitamente eugenetica, aborto terapeutico e crioconservazione. Mentre i primi due rappresentano argomenti controversi, la crioconservazione di gameti femminili/maschili ed embrioni non veniva descritta dai prestatori di assistenza sanitaria che offrono TRA e PMA come una questione spinosa. A titolo esemplificativo, una biologa spiegava eloquentemente:

Il punto è che gli embrioni rappresentano il progetto di vita della coppia, mentre per noi sono semplicemente embrioni. Pertanto, questi sono aspetti problematici […] Ad ogni modo, di solito [i pazienti] firmano tutti i documenti. […] Nel 90% dei casi non viene sollevata alcuna obiezione per quanto concerne la crioconservazione degli embrioni …da nessun paziente, qualunque sia la loro religione. Il numero di persone che si oppone è molto molto basso… circa due all'anno. E la percentuale di musulmani e non musulmani è la stessa.

Da questa prospettiva, quindi, i pazienti musulmani che si sottopongono a procedure di fertilità a livello locale non sollevano alcuna obiezione specifica connessa ad etica religiosa e principi morali. In precedenza, si è tuttavia chiarito come il diritto islamico regoli attentamente la crioconservazione degli ovuli fecondati e il congelamento degli embrioni, con la motivazione che il loro impiego potrebbe

[50]. Si veda *infra*, paragrafi 4.2.2 e 6.
[51]. Si veda *supra*, capitolo III, paragrafi 7.3.2-7.3.4.

comportare un disordine sociale e familiare[52]. Si può dunque dedurre che, nelle situazioni di vita reale, i genitori intenzionali musulmani che si sottopongono a procedure TRA/RMA non dichiarino di volersi attenere alle disposizioni islamiche in materia di gameti ed embrioni, una volta che la procedura TRA abbia avuto inizio[53].

Solitamente, invece, il tema dell'aborto solleva questioni controverse[54]. Tuttavia, grazie alla diagnosi preimpianto – pratica conforme ai principi del diritto islamico ora consentita sul territorio italiano – è possibile prevenire situazioni problematiche[55]. Purtroppo, però, la diagnosi e le tecniche di *screening* preimpianto (DGP e SGP) non sono disponibili a Torino. Le cliniche della fertilità che prendevano parte al presente studio possono pertanto indirizzare i pazienti che ricerchino tali procedure TRA/PMA a cliniche situate in altre regioni italiane[56]. Di conseguenza, i pazienti potrebbero confondere la diagnosi preimpianto con l'eugenetica e le coppie che si sottopongono a procedure di fertilità a Torino potrebbero ricorrere alla diagnosi genetica prenatale, nonostante questa possa comportare aborti terapeutici.

Per quanto concerne la prima questione, alcuni dei soggetti intervistati delucidavano che la diagnosi preimpianto viene spesso scambiata per eugenetica sia dai pazienti musulmani, sia dai non musulmani. Un medico chiariva che

> […] a volte i pazienti chiedono di selezionare il sesso, sì. In genere succede quando nella famiglia sono presenti malattie genetiche – come l'emofilia. Non c'è niente di male, secondo me. […] E sarebbe molto semplice da farsi: si esegue la biopsia di un blastomero e si decide cosa fare… Dopotutto, chi lo scoprirà?!

Secondo i direttori di due cliniche private di RMA, tuttavia, «questa è una riprovevole falsificazione» o «la selezione del sesso è per lo più una storiella». Le indagini etnografiche invero rivelarono che almeno una coppia musulmana si sottoponeva a procedure di RMA, in una clinica della fertilità con sede in un ospedale pubblico, allo scopo dichiarato di concepire un figlio maschio[57]. Il caso riportato riguardava una coppia endogamica egiziana musulmana. Nel corso della visita medica, i pazienti avevano spiegato allo specialista di fecondazione in vitro di non essere affetti da infertilità; anzi, avevano già concepito tre figlie in modo naturale, perciò ora cercavano assistenza medica per concepire un erede maschio. Alcuni dotti islamici non proibiscono la selezione del sesso, come osservato in precedenza; ciononostante, tale pratica non è consentita sul territorio italiano[58]. Grazie all'assistenza di una mediatrice culturale, gli specialisti di fecondazione in vitro illustravano le

---

[52]. Si veda *supra*, capitolo III, paragrafo 7.3.4.

[53]. In merito ai dati quantitativi concernenti le procedure di RMA intraprese localmente dai pazienti musulmani, si veda *infra*, capitolo V, paragrafo 5. Un'analisi più ampia riguardo ai dati italiani si può trovare nel capitolo II, paragrafo 5.

[54]. Innanzitutto, l'interruzione volontaria di gravidanza può essere praticata entro il limite di novanta giorni stabilito dalla legge italiana; le linee guida islamiche riguardo all'infusione dell'anima nell'embrione/feto non possono essere prese in considerazione. Il limite italiano previsto per l'aborto terapeutico può comunque essere prorogato, come chiarito *supra*, nel capitolo III, paragrafo 7.3.3.

[55]. Si veda *supra*, capitolo II, paragrafi 2 e 4; capitolo III, paragrafi 7.3.2 e 7.3.3.

[56]. Dettagli concernenti i centri di PMA locali si possono trovare *supra*, nel capitolo II, paragrafo 6.

[57]. Il caso veniva riferito da diversi membri dell'organico medico-infermieristico della struttura citata, nonché dai mediatori culturali. I dati della coppia sono stati inoltre riportati tra le informazioni quantitative raccolte e analizzate dall'autore. Si vedano anche capitolo I e V.

[58]. Si veda *supra*, capitolo III, paragrafo 7.3.2.

normative vigenti alla coppia musulmana, che, secondo i racconti riferiti, rimaneva profondamente delusa dal fatto di aver atteso undici mesi al fine di ottenere un appuntamento, per scoprire infine di non poter essere aiutata a concepire un figlio maschio[59]. Nell'*islām*, infatti, la selezione del sesso embrionale/fetale può essere approvata allo scopo di proteggere il benessere delle donne, specialmente quando sia nel miglior interesse della famiglia evitare numerose gravidanze in successione, dovute al desiderio di prole maschile, o femminile, da parte della coppia.

Nell'indagine concernente i trattamenti di fertilità potenzialmente conformi alla *sharīʿah* offerti a livello locale, le osservazioni etnografiche rivelavano altresì l'importanza della diagnosi genetica prenatale, nello specifico in mancanza di servizi di diagnosi preimpianto (DGP, in inglese PGD) e di *screening* genetico preimpianto (SGP, in inglese PGS) disponibili localmente. L'esito di tale esame potrebbe tuttavia comportare la raccomandazione, da parte dei medici, di ricorrere ad aborti terapeutici, ad esempio nel caso di gravidanze multifetali o di anomalie dei cromosomi sessuali[60]. Analizzando alcune situazioni di vita reale affrontate dai genitori intenzionali musulmani sottopostisi a trattamenti di fertilità a Torino, i casi di seguito riportati intendono portare alla luce gli schemi mentali dei pazienti musulmani e del personale medico nel momento in cui si trovino ad affrontare potenziali aborti indotti e complicanze della gravidanza.

Il primo caso riguarda una gravidanza multifetale. Una donna musulmana marocchina si era sottoposta ad una procedura di RMA che aveva avuto esito positivo: le erano stati impiantati nell'utero due embrioni. Uno degli embrioni impiantati si divise, formando una coppia di gemelli; la donna era pertanto incinta di tre gemelli. Dalla diagnosi genetica prenatale risultò purtroppo che uno dei gemelli monozigoti era affetto dalla sindrome di Down. La coppia si trovò dunque di fronte a una decisione difficile: abortire entrambi i gemelli monozigoti oppure sottoporsi ad amniocentesi con il rischio, però, di perdere tutti e tre gli embrioni. Il marito era favorevole alla prima ipotesi, mentre la moglie era riluttante sia ad intraprendere la strada dell'aborto indotto, sia a sottoporsi ad altri accertamenti clinici[61]. Diagnosi simili costringono effettivamente le coppie ad affrontare decisioni difficili ed emotivamente provanti, che si ripercuotono sulla sfera personale e familiare[62].

Adottando il punto di vista islamico, alcune problematiche taciute possono spiegare le motivazioni a giustificazione e supporto delle reazioni del padre e della madre intenzionali. Innanzitutto, i musulmani osservanti sono tenuti a pregare per l'intercessione divina e ad accogliere con fede il proprio destino[63]. In secondo luogo, l'aborto terapeutico non è ammesso dopo che l'anima sia stata insufflata da Dio in un embrione o in un feto fisicamente deforme; ciononostante, il limite

---

[59]. Per quanto concerne la lunghezza della lista d'attesa negli ospedali pubblici, si veda *infra*, capitolo V, paragrafo 8.

[60]. In merito a RMA e gravidanze multifetali, si veda *supra*, capitolo III, paragrafo 7.3.3; in riferimento alle anomalie cromosomiche nelle gravidanze ottenute tramite ICSI, si veda ad esempio V.A. Kushnir e J.L. Frattarelli, *Aneuploidy in abortuses following IVF and ICSI*, in «Journal of Assisted Reproduction and Genetics», 26, 2-3, Marzo 2009, pp. 93-97.

[61]. L'ostetrica riferiva: «Sinceramente, è stato straziante! Lui diceva: "Abortisci i gemelli, così ne avremo almeno uno!". E lei rispondeva: "Ma sono tutti miei! E se si sbagliano? Non posso mica gettarli via…". Davvero molto triste».

[62]. In riferimento alle problematiche psicologiche connesse all'avvio di procedure di RMA, si vedano *inter alia* M. Bydlowski, *Les enfants du désir*, Paris, Editions Odile Jacob, 2008; E. Quagliata (a cura di), *Essere genitori*, Roma, Astrolabio, 2010; P.L. Righetti (a cura di), *Gravidanza e contesti psicopatologici. Dalla teoria agli strumenti di intervento*, Milano, Franco Angeli, 2010; M. Vigneri, *I bambini che vengono dal freddo. Sulla donna infertile e le nuove frontiere procreative*, in «Rivista di Psicoanalisi», LVII, gennaio-marzo 2011, pp. 655-670; su consiglio di uno psicologo impiegato presso una clinica della fertilità.

[63]. Si veda *supra*, capitolo III, paragrafo 4.1.

prescritto oscilla tra i quaranta e i centoventi giorni[64]. La futura madre era infatti propensa ad attendere più a lungo, nonostante la legge italiana fissi a novanta giorni il limite massimo per l'interruzione volontaria di gravidanza, a meno che non si renda necessario l'aborto terapeutico. Il marito, al contrario, si basava probabilmente sul fatto che, nell'*islām*, l'aborto è consentito in caso di gravidanze multifetali e di complicanze della gravidanza[65].

Nel secondo caso, la diagnosi genetica prenatale rivelava la presenza di anomalie cromosomiche fetali. Inizialmente, alla futura figlia femmina di una donna musulmana era stata diagnosticata un'anomalia cromosomica (ossia una copia extra del cromosoma 21), mentre successivamente la diagnosi aveva evidenziato una patologia meno grave.

La donna era civilmente e religiosamente coniugata con un uomo musulmano[66], che non poteva essere presente agli appuntamenti clinici; la donna si avvaleva comunque del supporto di una mediatrice culturale[67]. All'autore veniva data la possibilità di presenziare all'esame di *screening* prenatale insieme alle due donne. Una volta terminato, la futura madre, che parlava solo in arabo, spiegava al medico che non era sua intenzione procedere con l'aborto indotto. Appurato che la figlia «non sarebbe sembrata diversa» e che non sarebbe stata quindi vittima di bullismo o di rifiuto da parte di altri bambini, non sarebbero sorti problemi concernenti la malattia genetica della nascitura e anche il marito l'avrebbe accettata.

In merito alla possibile infertilità della figlia concepita, la madre musulmana affermava: «significa che si sposerà e poi divorzierà. Adesso, noi ne siamo già a conoscenza. Perciò va bene». La futura madre aveva dunque immediatamente espresso l'accettazione dei piani divini, in conformità con la *sharīʿah*. Al tempo stesso, aveva già previsto per la nascitura il potenziale ricorso ad una formula sciaraitica in caso di assenza involontaria di prole (ossia il divorzio)[68]. In altri termini, benché in quel momento si stesse sottoponendo a procedure di fertilità per concepire della prole, la madre intenzionale considerava favorevolmente un rimedio all'infertilità conforme ai principi del diritto islamico per la figlia nascitura potenzialmente sterile. In effetti, in caso di sterilità, la figlia affetta dalla summenzionata patologia genetica potrebbe essere costretta ad avvalersi di trattamenti di fertilità eterologhi con il contributo di donatori e/o della maternità surrogata e tale percorso di genitorialità alternativo è problematico per i musulmani sunniti.

Parafrasando Galst e Verp[69], si può quindi affermare che in entrambi i casi le madri e i padri intenzionali abbiano cercato un equilibrio tra le disposizioni italiane e quelle islamiche, al tempo stesso «sopportando il peso» delle scelte derivanti dall'esito della diagnosi prenatale.

---

64. Si veda *supra*, capitolo III, paragrafo 7.3.3.
65. *Ibidem*.
66. Si veda *supra*, capitolo III, paragrafo 7.1.
67. In merito alle barriere culturali e linguistiche, si veda *supra*, paragrafi 2.3 e *infra*, paragrafo 4.1.
68. Per ulteriori dettagli, si veda *supra*, capitolo III, paragrafi 4.1 e 4.2.
69. Si veda Galst, J.P e Verp M.S. (a cura di), *Prenatal and Preimplantation Diagnosis: The Burden of Choice*, Dordrecht, Springer, 2015.

4. Bisogni e problematiche emergenti

Le indagini empiriche e le osservazioni etnografiche condotte dall'autore, oltre a riscontrare le difficoltà anticipate nell'adeguamento di alcune procedure TRA e PMA alla *sharīʿah*, hanno altresì rivelato alcuni scenari inattesi concernenti gli aspiranti genitori musulmani sottopostisi a trattamenti di fertilità. In particolare, sono emersi tre aspetti principali.

Innanzitutto, si è delineata la necessità sociale e giuridica di provvedere ai bisogni dei pazienti musulmani che non parlino correntemente o non abbiano familiarità con la lingua italiana. Sono inoltre venute alla luce alcune problematiche connesse ai trattamenti di RMA; alcune di queste riguardano usi consuetudinari, quali i rimedi tradizionali all'assenza di prole e la consanguineità tra coniugi. Ulteriori problematiche emergenti sono correlate al carattere prevalentemente migratorio dei pazienti musulmani locali. I seguenti sottoparagrafi esaminano nello specifico tali bisogni e problematiche concernenti i pazienti musulmani.

4.1. Difficoltà nella comunicazione

Nel corso delle interviste condotte dall'autore sono emerse alcune difficoltà nella comunicazione tra medico e paziente; tali problematicità venivano espresse principalmente dal personale medico-sanitario, dai mediatori culturali, dai pazienti musulmani e dalle figure religiose[70]. La mancanza di competenze linguistiche e di padronanza nella conversazione in lingua italiana ha effettivamente notevoli ripercussioni sui trattamenti di RMA erogati nelle cliniche della fertilità locali. Sono in particolare le donne musulmane migranti a risentire di tali difficoltà linguistiche, il che implica, di fatto, una limitata interazione con i medici. Un numero considerevole di membri dell'organico medico-infermieristico difatti segnalava una difficile comunicazione con i pazienti migranti trasferitisi recentemente, a prescindere dall'appartenenza religiosa di questi ultimi. Nel caso delle donne musulmane, la barriera linguistica si somma tuttavia a una distanza sociale potenzialmente netta e a rapporti medico-paziente molto limitati. La maggior parte dei prestatori di assistenza sanitaria intervistati affermava che, in riferimento ai pazienti musulmani, la barriera linguistica costringe a una «sfida costante nella terapia», rappresentando pertanto un «ostacolo rilevante nei trattamenti di fertilità», in aggiunta a questioni specificamente connesse a cultura e religione[71].

È bene tracciare, tuttavia, una distinzione basilare tra cliniche di PMA private e pubbliche. Secondo quanto delucidato dai responsabili di alcuni centri per la fertilità, la composizione dei pazienti tende ad essere dissimile[72]. I genitori intenzionali che si rivolgono a cliniche private generalmente parlano correntemente la lingua locale oppure un'altra lingua europea (quali francese o inglese). Qualora i pazienti non abbiano sufficienti competenze linguistiche, di solito si presentano agli

[70]. In merito ai rapporti medico-paziente, si veda *supra*, paragrafo 3.1.
[71]. In riferimento a tali aspetti, si veda *supra*, paragrafi 2.2, 2.3 e 3.1.
[72]. Si veda *supra*, sottosezioni del paragrafo 2.

appuntamenti clinici con un interprete, che può essere un membro della famiglia, un amico o un professionista precedentemente designato dalla coppia. In alcuni casi, gli specialisti di fecondazione in vitro riferivano di essersi affidati ad amici o dipendenti per fornire una traduzione ai pazienti stranieri di lingua araba[73]. Con il passare del tempo, l'incapacità dei pazienti di comprendere e/o comunicare diventa sempre meno evidente, nelle cliniche private locali.

La situazione riportata cambia se si prendono in considerazione cliniche della fertilità pubbliche e finanziate dal SSN, i cui pazienti (stranieri) raramente parlano correntemente l'italiano. È opportuno menzionare che nelle strutture sanitarie pubbliche i membri dell'organico delle cliniche della fertilità includono i mediatori culturali, cui spetta il compito di provvedere ai bisogni dei pazienti stranieri. Le ore di lavoro prestate appaiono tuttavia insufficienti rispetto al numero di pazienti che necessitano effettivamente del loro servizio di traduzione e mediazione. È stata pertanto elaborata un'ampia gamma di soluzioni, sia da parte dei pazienti che del personale medico, come rivelato dalle indagini empiriche.

4.1.1. Canali di comunicazione creativi

Da un canto, i professionisti medico-sanitari cercano regolarmente di trovare un canale di comunicazione con i propri pazienti (stranieri) musulmani. Le osservazioni etnografiche confermano che, qualora i pazienti non parlino correntemente la lingua italiana, i medici si avvalgono inizialmente di altre lingue europee nel tentativo di instaurare una conversazione con i pazienti (ad esempio, i pazienti pakistani potrebbero preferire l'inglese, i pazienti marocchini potrebbero parlare correntemente il francese). Il direttore di una clinica finanziata dal SSN, ad esempio, spiegava:

> Se l'italiano non funziona, allora… i nostri medici possono parlare inglese e francese. I musulmani del Maghreb di solito parlano francese. Alle persone provenienti dall'Africa centrale va bene l'inglese, quindi... è tutto a posto. Ovviamente, dipende dallo status sociale e culturale [dei pazienti] …

Nel caso in cui l'impiego di altre lingue europee non sia una soluzione applicabile, il personale medico-sanitario utilizza «gesti fatti con le mani e disegni». Naturalmente, la comunicazione telefonica con questo tipo di pazienti diviene pressoché impossibile, come illustrano le dichiarazioni rilasciate sotto riportate.

> Cosa le posso dire? Proverò di tutto! Userò le mani per parlare… faccio schemi e disegni, scrivo in stampatello maiuscolo… Quando vedo che non c'è modo, chiamo l'ufficio per prenotare il mediatore [culturale]… il punto è... sono uno specialista in disturbi sessuali maschili e il mediatore culturale di lingua araba dell'ospedale è una donna, quindi…

> Uso parole semplici… Rispetto agli altri pazienti – quelli che non hanno lo stesso problema a recepire e comprendere – trascorro più tempo con loro. È tutto quello posso fare…

[73]. Tale informazione veniva altresì confermata dalle dichiarazioni rilasciate dai direttori di alcuni centri di culto locali.

e

In breve, cerchiamo di inventarci qualcosa …il peggio? Il peggio è al telefono, però. Quello può essere un incubo. Come faccio a farmi capire... e a capire loro?

In alcuni casi può essere un altro paziente arabofono a tradurre, qualora le parti siano d'accordo; tale pratica veniva tuttavia fortemente disapprovata e giudicata irregolare da un significativo numero di soggetti intervistati musulmani di lingua araba, urdu e bengalese. Come riferito da una mediatrice culturale

Non ci crederà. Una volta ero in ospedale che lavoravo... e ho visto che succedeva questo. Il dottore non riusciva a parlare con una paziente. Non riuscivano a capirsi. Così ha chiesto al marito di un'altra paziente [la paziente musulmana condivideva la camera d'ospedale con un'altra donna] di tradurre per loro… Se lo immagina? Per la nostra religione, avere un altro uomo che sa delle nostre parti intime è… questo non è accettabile!

Al fine di evitare la violazione della riservatezza dei pazienti e approcci irrispettosi della religione, il personale della clinica prenota un appuntamento con il mediatore culturale quando non sia possibile stabilire una comunicazione proficua tra medico e paziente. In assenza di un mediatore culturale immediatamente disponibile, se presente, il marito di solito opera in veste di interprete. Per quanto tale pratica venisse ampliamente riportata dai membri del personale medico-sanitario e fosse approvata dalle figure religiose locali[74], veniva invece fortemente criticata dai mediatori culturali. Una giovane mediatrice culturale, ad esempio, chiariva quanto segue:

Per me, se la donna non capisce, non posso andare avanti… La maggior parte degli uomini – ammesso che capiscano – o non dicono tutto [alle loro mogli] perché hanno le loro idee… e per loro questo va bene così; oppure loro… a volte dicono: «Sì, sì: ho capito». Ma – come mi è capitato tante volte – quando gli chiedo: «Ha capito, vero?! Allora, per favore, mi ripeta quello che ha capito». Allora ti dicono qualcosa di molto lontano da quello… E questo significa solo che non hanno capito! Riguardo alla donna, in questo caso, lei ha il diritto di comprendere e capire, per me.

I mediatori culturali di sesso femminile sottolineavano che, effettivamente, alcune donne musulmane si sottopongono a procedure di fertilità senza aver compreso la terapia e i (potenziali) rischi dei trattamenti di RMA. Non solo questo viola le disposizioni italiane sul consenso informato dei pazienti di TRA[75], ma è anche lesivo dei loro diritti e della loro dignità in quanto esseri umani. Un simile approccio rafforza oltretutto il disequilibrio di potere all'interno della coppia[76].

In realtà, le osservazioni rilevate sul campo hanno confermato che la traduzione fornita dal marito è generalmente distante da un'interpretazione simultanea e, nel migliore dei casi, riassume brevemente gli argomenti principali. Di conseguenza, le aspiranti madri potrebbero non comprendere le

[74]. Si veda *supra*, paragrafi 2.2, 2.3 e 3.1.
[75]. Si veda *supra*, capitolo II, paragrafo 2.
[76]. Si veda *supra*, paragrafi 2.2 e 2.3.

fasi dei metodi di RMA, non riuscendo, così, a dare un consenso pienamente informato nel momento in cui intraprendono una procedura di fertilità. È inoltre possibile che il dosaggio di medicinali e farmaci venga equivocato, il che comporta notevoli ripercussioni sia sulla salute della donna, sia sull'esito positivo dei trattamenti di fertilità. Alcuni specialisti affermavano:

> È un peccato, perché la terapia è costosa e se non la seguono correttamente viene sprecata!

e

> A volte, vedi che non sanno cosa stanno facendo. Così magari [la donna] ha saltato una dose di farmaco o ne ha preso di più. […] Be', rischia un po' se si inietta gli ormoni tutti in una volta. Conviene che capiscano bene!

Se si adotta il punto di vista musulmano, tali dinamiche possono essere ulteriormente chiarite dall'esperienza di due pazienti sottopostisi a procedure di fertilità in una clinica pubblica. Gli aspiranti genitori in questione parlavano entrambi correntemente l'italiano, avendo studiato un'altra lingua romanza (il francese) fino alla laurea triennale all'università; purtuttavia, al principio non avevano compreso la procedura di somministrazione del farmaco. Di conseguenza, quando la donna aveva iniziato il ciclo di stimolazione ormonale, il trattamento non aveva prodotto i risultati attesi. Gli specialisti scoprirono infine che il marito aveva iniettato la corretta dose ormonale nella parte sbagliata del corpo della moglie[77]; il trattamento medico della coppia venne pertanto temporaneamente interrotto e ripreso poco dopo.

Al fine di ridurre le complicazioni derivanti da un'inefficace comunicazione medico-paziente, sei anni fa, una clinica della fertilità con sede in un ospedale pubblico cominciò a fornire i moduli per il consenso informato in lingua araba. Per quanto lodevole, l'iniziativa non si dimostrò sufficiente ad affrontare efficacemente le barriere linguistiche nel caso di pazienti musulmani di lingua araba. I pazienti intenzionali potrebbero in realtà firmare i moduli senza aver letto i documenti che vengono loro forniti. Riportando le parole del responsabile del centro: «Anche se il modulo è in arabo, non leggono quasi mai quello che stanno per firmare – quantomeno, questa è la mia impressione».

Inoltre, alcuni pazienti – più specificamente le donne musulmane trasferitesi di recente – sono analfabeti; sanno parlare i dialetti, ma non leggere l'arabo classico. In simili situazioni, il consenso dei pazienti a sottoporsi a qualunque procedura di RMA non è «informato» e risulta pertanto essere viziato. In altre circostanze, la coppia musulmana è disposta a sottoscrivere qualunque condizione, purché possa concepire un figlio[78]. A titolo esemplificativo, un uomo tunisino ben istruito dichiarava: «A essere sincero con lei, ho firmato senza leggere [il modulo per il consenso] e credo che lei [la moglie] abbia fatto lo stesso… In fin dei conti, è un figlio che cerchiamo adesso! Quindi...».

[77]. La donna spiegava: «Me l'ha fatta nella gamba invece che nella pancia. Ora sappiamo cosa fare!».
[78]. In merito a questo, si veda *infra*, paragrafo 6.

4.1.2. Dalla comunità, per la comunità

Nell'affrontare la mancata efficacia della comunicazione medico-paziente e le barriere linguistiche sopra descritte, i soggetti d'indagine suggerivano varie contromisure e soluzioni. Le figure religiose consigliavano ad esempio che le donne musulmane richiedessero la presenza di mediatori culturali. Nell'eventualità in cui i mediatori culturali non fossero disponibili presso il centro di fertilità, o che tale figura professionale non corrispondesse alla prima scelta della coppia, le donne musulmane dovrebbero rivolgersi a centri di culto locali per «cercare una sorella, che possa aiutarle ad affrontare la procedura [di fertilità]». Il direttore di un centro di culto locale asseriva:

> […] alcune moschee offrono questo [servizio]: assistono le donne… quando una donna ha bisogno, trova una sorella – una donna musulmana – che la accompagna, che la aiuta. Fanno questo, sì. […] Ma questi sono argomenti intimi e non vogliamo questo, non vogliamo che chiunque sappia… Così, a qualcuna va bene andare e incontrare qualcuna della comunità; qualcuna preferisce un'estranea.

A seguito di una conversazione con l'autore, un *imām* di Torino dichiarava che sarebbe intervenuto in merito a questo problema, al fine di fornire assistenza in tema di salute alla comunità musulmana locale. Citando le sue parole,

> Non sapevo che esistesse questa necessità […]. Vedrò cosa possiamo fare, cosa possono fare i nostri giovani... Consiglierei di organizzare un gruppo di volontari nella moschea. Se qualcuno ha bisogno di loro, loro sono lì per assistere e aiutare.

Naturalmente, un simile processo di organizzazione di aiuto *dalla* comunità *per* la comunità può essere complesso. Un *imām* locale, in effetti, illustrava le difficoltà riscontrate nel creare un gruppo di sostegno per le pazienti femminili.

> Ci abbiamo provato: abbiamo organizzato un gruppo, ma non ha funzionato, ad essere sincero con lei… Vede, le donne sono pigre; hanno molto da fare con le famiglie, i bambini, le faccende domestiche… e si dimenticano. Se glielo chiedi, allora vanno… e sono felici di farlo; ma loro devono coinvolgerle.

A prescindere dalle difficoltà di ordine pratico, le donne musulmane – in prevalenza mediatrici culturali e pazienti, secondo quanto mostrato dai dati rilevati sul campo – si oppongono all'assistenza linguistica offerta dalla comunità locale. I mediatori culturali intervistati esprimevano regolarmente opinioni relativamente sfavorevoli riguardo alle traduzioni fornite da familiari e amici delle pazienti. Non avendo né competenze nell'ambito della traduzione simultanea, né conoscenze linguistiche specifiche, possono infatti commettere diversi errori. I mediatori culturali evidenziavano che «a volte il dottore diceva qualcosa e l'amico diceva qualcos'altro»; di conseguenza, «il rischio di fornire informazioni sbagliate è alto, perché non capiscono». La ragione principale di questi fraintendimenti è

dovuta al fatto che detti traduttori improvvisati non possiedono alcuna formazione specifica[79]; in altre parole, «a volte non capiscono che non si tratta semplicemente della lingua italiana, ma della lingua *medica* italiana – ed è piuttosto diversa! – perciò non lo fanno come si deve».

Alcune donne musulmane, inoltre, sono poco propense ad affidarsi alla traduzione da parte di membri della comunità locale. Alcune aspiranti madri potrebbero anche temere che le loro amiche rivelino il loro segreto, o che addirittura influenzino la coppia relativamente alle procedure di RMA cui si è sottoposta.[80]. L'esperienza raccontata da una giovane donna musulmana marocchina delucidava tali dinamiche.

> La prima volta sono venuta con un'amica... per aiutarmi con l'italiano – dato che io non [lo] parlo tanto. […] Poi, mi ha detto che lei ha sentito che loro [ossia gli specialisti di fecondazione in vitro] avevano fatto un errore da qualche parte, così lei urlava contro di me: «Devi raccontarlo a tuo marito! Devi dirglielo!». Non voleva che io vado avanti con questo [trattamento di fertilità] perché loro [ossia gli specialisti di fecondazione in vitro] avevano usato della «roba di un altro uomo» – lei aveva sentito così. [...] Allora, adesso ho deciso di venire da sola. Adesso non vengo più con qualcuno che mi dica cosa fare e cosa non fare.

Sottoporsi a un trattamento di fertilità può essere anche percepito da alcune donne musulmane migranti come una specie di «esercizio di responsabilizzazione». Non solo quando saranno diventate madri cambierà il loro status sociale, ma avranno acquisito dimestichezza con una lingua diversa e con un nuovo ambiente a cui non erano ancora abituate. Il percorso che conduce alla maternità si trasforma così in uno strumento che alcune pazienti musulmane utilizzano per acquisire fiducia in sé stesse e avere il controllo della propria vita nel nuovo paese d'adozione.

In merito alle traduzioni dall'arabo all'italiano fornite dai membri della comunità locale, i mediatori culturali ricordavano episodi simili a quello sopra riportato. Secondo loro, il coinvolgimento di donne musulmane in qualità di interpreti nelle cliniche di TRA/PMA locali potrebbe persino portare a pettegolezzi, che potrebbero arrecare danno alla madre intenzionale musulmana. Questo è dovuto al fatto che le donne musulmane straniere sono «piuttosto confuse su queste tecniche [di fertilità]» e «non capiscono davvero che cosa comporta il trattamento di fertilità». Un mediatore culturale confermava ulteriormente quanto segue:

> Alcune di loro sono state cresciute in famiglie piuttosto tradizionali, quindi – sa – non sanno molto della riproduzione umana. […] Vogliono un figlio e sono disposte a fare qualunque cosa occorra, ma nella maggior parte dei casi non sanno cosa stanno facendo, come funziona, eccetera. ...e gli uomini anche, sono persino peggio! Magari parlano la lingua [italiana], ma queste procedure [TRA] sono un mistero per loro.

Problemi di comunicazione, fraintendimenti e adeguamenti culturali continui sono quindi da annoverare tra le criticità più ricorrenti affrontate dagli aspiranti genitori musulmani migranti/immigrati trasferitisi di recente che si sottopongano a procedure di fertilità.

---

[79]. Per approfondire ulteriormente tali questioni, si vedano *inter alia* I.E.T. de Souza, *Intercultural Mediation in Healthcare: From the Professional Medical Interpreters' Perspective*, Bloomington, Xilibris, 2016; H. Tonkin e F.M. Esposito (a cura di), *The Translator as Mediator of Cultures*, Amsterdam, John Benjamins Publishing Company, 2010.

[80]. Si veda *infra*, paragrafo 5.2.

4.1.3. Sospensione del trattamento di fertilità

Avendo avuto esperienza di situazioni spiacevoli, nonché di emergenze cliniche, alcuni prestatori di assistenza sanitaria adottano un approccio più rigoroso. Alcuni professionisti medico-sanitari in effetti consigliavano di sospendere le procedure di fertilità, nel caso in cui il rapporto medico-paziente fosse compromesso da barriere linguistiche insormontabili. Un medico, ad esempio, asseriva:

> Per la salvaguardia della paziente, non posso prescrivere una terapia che non sanno padroneggiare… anche se c'è la mediatrice [culturale], lei è presente all'appuntamento clinico, ma lei non è a casa con la paziente. ...e se non avesse capito?... se non si ricordasse la terapia? E se si iniettasse tutta la dose ormonale (900 mg) in una volta sola?! Perciò, per proteggere una paziente che non ha sufficiente conoscenza della lingua [locale], allora noi diciamo che non possiamo procedere se ci sono problemi linguistici. Ad ogni modo, non succede quasi mai, perché di solito vengono con qualcuno che parla correntemente l'italiano e li accompagna a tutti gli appuntamenti clinici.

Alcuni prestatori di assistenza sanitaria locali erano quindi propensi a offrire il trattamento di fertilità richiesto a condizione che ci fosse una persona vicina ai pazienti stranieri in grado di provvedere ai loro bisogni linguistici. Qualora nessuno – all'infuori del mediatore culturale dell'ospedale – fosse stato in grado di facilitare le comunicazioni dei pazienti con il personale della clinica, i medici si sarebbero astenuti dal fornire procedure di RMA. I direttori delle associazioni islamiche e dei centri di culto locali cui veniva riferita tale posizione, la criticavano duramente. Alcune delle dichiarazioni rilasciate meritano particolare attenzione e sono pertanto di seguito riportate.

> Ci deve essere pazienza ...pazienza del dottore. Se non c'è un mediatore [culturale] o qualcuno che le accompagna, allora lui [il medico] dovrebbe essere «umano» ...e ci sono molti dottori che trovano personalmente un mediatore culturale ...persino via telefono!

> Io capisco la sua [del medico] responsabilità, ma – per l'amor di Dio! – non credo che quella davanti a lui – se non sa leggere o scrivere – non è che non sia in grado di capire cosa [ad esempio, quali medicazioni] prendere o non prendere … un medico deve fare il proprio dovere: curare le persone che ha davanti...

e

> Sarebbe un atteggiamento incomprensibile nell'ottica dell'integrazione e inconcepibile secondo le regole dell'etica medica.

In merito a questo punto, le figure religiose disapprovavano apertamente l'approccio descritto da alcuni prestatori di assistenza sanitaria, descrivendolo come altamente indesiderabile.

Nel tentativo di superare numerosi ostacoli, occorre quindi trovare un compromesso, al fine di accogliere i bisogni religiosamente e culturalmente specifici dei musulmani e gestire, al contempo,

protocolli clinici e responsabilità mediche. Il direttore di un'associazione islamica nazionale suggeriva una soluzione per la prassi quotidiana, come illustrato di seguito:

> Le parti devono intraprendere un processo di acquisizione di conoscenza, un processo di apprendimento reciproco… La conoscenza deve essere appresa dalle istituzioni occidentali, ma il processo di acquisizione della conoscenza deve essere messo in atto anche da parte della comunità islamica, all'interno della comunità islamica. […] Loro [i pazienti musulmani] devono conoscere le proprie origini e le loro vere identità e imparare come sintonizzarle con il contesto occidentale nel quale vivono!

Da una parte, dunque, le cliniche locali dovrebbero offrire trattamenti di fertilità che tengano in considerazione cultura e religione; dall'altro, è necessario che le comunità musulmane locali riadeguino le proprie pratiche ai criteri europei e alle disposizioni statuali. Occorre soprattutto che un mutuo scambio di conoscenze sia promosso tanto dal personale medico-sanitario che dai pazienti musulmani. Questo bisogno è stato altresì corroborato da alcuni recenti studi, secondo cui l'incapacità di riconoscere l'eterogeneità e la variabilità religiosa può condurre a un'assistenza sanitaria inadeguata e ad esiti insoddisfacenti nell'ambito della salute, inclusa quella sessuale e riproduttiva, in particolare per quanto attiene ai musulmani[81]. I soggetti intervistati richiedevano pertanto una sorta di efficace accomodamento reciproco.

4.2. Costumi e tradizioni

Benché la medicina sia tenuta in alta considerazione dai giurisperiti islamici, nonché dai pazienti musulmani, i costumi locali e le tradizioni delle comunità assumono un ruolo fondamentale per i genitori intenzionali musulmani. In riferimento ai metodi di RMA, alcune pratiche possono di fatto condizionare i risultati del trattamento o dei trattamenti di fertilità cui gli aspiranti genitori si sottopongono. Consanguineità tra i genitori, rimedi tradizionali all'infertilità e alla sterilità nonché modalità di raccolta dei gameti maschili sono da annoverarsi tra i potenziali ostacoli che più frequentemente possono compromettere l'esito positivo delle procedure di fertilità intraprese dai genitori intenzionali musulmani.

4.2.1. Parentela di sangue

Per quanto concerne gli aspiranti genitori musulmani legati da vincoli di sangue, due sono le situazioni più diffuse. In primo luogo, i matrimoni tra consanguinei (nel caso di trattamenti omologhi); in secondo luogo, la donazione di gameti femminili/maschili da parte di altri membri della famiglia (nel caso di procedure di RMA eterologhe).

[81]. Si veda J. Arousell e A. Carlbom, *Culture and religious beliefs in relation to reproductive health*, in «Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology», 32, 2016, pp. 77-87.

In riferimento alla prima circostanza, nel mondo musulmano le unioni matrimoniali tra cugini sono consuetudinariamente comuni[82]. A titolo esemplificativo, è stato evidenziato che le unioni intrafamiliari rappresentano complessivamente oltre il 20-50% della totalità dei matrimoni in Nordafrica, Medio Oriente e Asia occidentale[83]. L'indagine empirica condotta dall'autore confermava che tra i pazienti musulmani sussiste non solo un alto tasso di matrimoni endogamici[84], ma anche una significativa percentuale di unioni matrimoniali tra consanguinei.

Nel corso delle interviste, diverse coppie che si stavano sottoponendo a procedure di RMA in un ospedale pubblico riferivano di essere in qualche modo legate da vincoli di sangue. A titolo illustrativo, un quarantenne marocchino era coniugato con una donna ventiseienne, figlia di suo fratello; due coniugi musulmani di circa trentacinque anni spiegavano di essere figli di fratello e sorella; nel caso di un'altra coppia, la madre di un trentatreenne pakistano era anche la zia materna della moglie. I pazienti musulmani non avvertivano l'intreccio consuetudinario di tali legami familiari come un fattore potenzialmente dannoso per la salute della loro futura discendenza. Una donna tunisina, ad esempio, chiariva che:

> I cugini che si sposano tra loro sono tanti. Non è un problema. Non ci sono problemi a avere figli, non ci sono malattie nel bambino… ma, prima di sposarti, fai gli esami del sangue. È obbligatorio nel nostro paese – vede. Poi, [se si intende procedere con il matrimonio], tu e la tua famiglia decidete.

Diverse relazioni scientifiche dimostrano, in realtà, che relazioni sessuali tra genitori imparentati possono dare origine a patologie congenite e genetiche nella prole, nonché potenzialmente compromettere la fertilità degli aspiranti genitori[85]. Tale informazione viene pertanto richiesta in alcuni dei questionari che i pazienti devono compilare prima di avviare qualunque trattamento di fertilità. I

---

[82]. Analisi di dati concernenti i matrimoni tra cugini nei paesi a maggioranza musulmana e nei paesi con una significativa presenza di musulmani possono essere trovati in L. Holy, *Kinship, honour and solidarity: Cousin marriage in the Middle East*, Manchester, Manchester University Press, 1989; A.H. Bittles e H.A. Hamamy, *Endogamy and consanguineous marriage in Arab populations*, in A.S. Teebi (a cura di), *Genetic disorders among Arab populations*, Heidelberg, Springer-Verlag, 2010, pp. 85-108; S.A. Khoury e D. Massad, *Consanguineous marriage in Jordan*, in «American Journal of Medical Genetics», 43, 1992, pp. 769-775; H. Baykara-Krumme, *Consanguineous Marriage in Turkish Families in Turkey and in Western Europe*, in «International Migration Review», 50, 3, 2016, pp. 568-598; R. Hussain, *Community perceptions of reasons for preference for consanguineous marriages in Pakistan*, in «Journal of Biosocial Science», 31, 1999, pp. 449-461; R. Hussain e A.H. Bittles, *Sociodemographic correlates of consanguineous marriage in the Muslim population of India*, in «Journal of Biosocial Science», 32, 4, 2000, pp. 433-442..

[83]. H. Hamamy, *Consanguineous marriages. Preconception consultation in primary health care settings*, in «Journal of Community Genetics», 3, 3, 2012, pp. 185-192.

[84]. Si veda *infra*, capitolo V, paragrafo 3.

[85]. In riferimento alle ripercussioni sulla salute riconducibili alla consanguineità tra i componenti della coppia, si vedano C.M. de Costa, *Consanguineous marriage and its relevance to obstetric practice*, in «Obstetrical and Gynecological Survey», 57, 8, 2002, pp. 530-536; Hamamy, *Consanguineous marriages. Preconception consultation in primary health care settings*, cit.; A.H. Bittles, *The role and significance of consanguinity as a demographic variable*, in «Population and Development Review», 20, 1994, pp. 561-584; Id., *Endogamy, consanguinity and community genetics*, in «Journal of Genetics», 81, 2002, pp. 91-98; Id., *A Community Genetics Perspective on Consanguineous Marriage*, in «Community Genetics», 11, 2008, pp. 324-330; K. Hasan, *The medical and social costs of consanguineous marriages among British Murpiris*, in «South Asia Research», 29, 3, 2009, pp. 275-298; M.E. Teeuw *et al*., *Challenges in the care for consanguineous couples: An exploratory interview study among general practitioners and midwives*, in «BioMed Central Family Practice», 13, 105, 2012, pp. 1-7. In merito all'incidenza della parentela di sangue sulla capacità delle madri intenzionali di concepire un figlio, si veda *infra*, capitolo V, paragrafo 4.

dati rilevati sul campo hanno comunque rivelato che raramente gli specialisti locali che forniscono trattamenti di RMA sono al corrente della sussistenza di un vincolo di sangue tra i loro pazienti. Nello specifico, questa circostanza si verificava in un centro per la fertilità in cui l'autore veniva autorizzato a condurre indagini approfondite[86]; è emerso che, nella suddetta clinica, i coniugi imparentati non avevano rivelato tale informazione ai prestatori di assistenza sanitaria.

In risposta alle domande concernenti le unioni consanguinee, i pazienti dichiaravano di aver informato il personale della clinica della fertilità in merito ai loro legami di parentela oppure che non fosse mai stato domandato loro nulla in relazione ad una eventuale consanguineità. In realtà, un allegato (chiamato '5bis') del questionario del centro di PMA – modulo la cui compilazione è demandata alle aspiranti pazienti femminili – richiede nello specifico se esista parentela di sangue tra i componenti della coppia. Delle quindici domande del questionario summenzionato, una concerne specificamente il potenziale vincolo di sangue e la consanguineità delle parti. Sebbene la domanda presenti alcuni esempi di vincoli di sangue rilevanti – quali cugini di primo/secondo grado, figli di fratelli e/o sorelle, componenti della coppia aventi nonni in comune – il documento è disponibile solo in lingua italiana. Purtroppo, secondo quanto chiarito dai professionisti medico-sanitari, gli aspiranti genitori che si sottopongono a procedure di RMA non rispondono a tutte le domande.

Sembra inoltre che le informazioni concernenti vincoli di sangue tra i pazienti vengano assai raramente riportate nelle cartelle elettroniche consultate dai medici durante le visite. Ad esempio, passando al vaglio i dettagli di 231 coppie con almeno un componente musulmano sottopostesi a procedure di RMA nella clinica summenzionata, nel periodo compreso tra gennaio 2011 e dicembre 2015, erano stati effettivamente indicati solamente una coppia composta da partner consanguinei e quattro cugini tra loro coniugati [87]. Di conseguenza, nonostante il fenomeno sia particolarmente diffuso tra i pazienti musulmani, sia la consanguineità nella coppia sia i potenziali esiti delle gravidanze derivanti da rapporti tra consanguinei potrebbero non essere gestiti efficacemente attraverso cure genetiche e prenatali nelle cliniche della fertilità locali. Per queste coppie il rischio di interruzioni spontanee di gravidanza potrebbe quindi essere maggiore o potrebbe rendersi necessario il ricorso all'aborto terapeutico[88].

In merito alla consanguineità tra genitori intenzionali, un ulteriore aspetto merita particolare attenzione. Secondo quanto evidenziato da alcuni studi accademici, gli aspiranti genitori musulmani potrebbero ricorrere (segretamente) a procedure di RMA eterologhe, avvalendosi di gameti donati da membri della famiglia; in alcuni casi, gli embrioni vengono infatti creati utilizzando gameti maschili e femminili appartenenti a fratello e sorella[89].

In un'ottica islamica, tale procedura viene adottata al fine di proteggere il *nasab* del nascituro, evitando così l'interferenza di parti terze[90]. Sotto il profilo medico, tuttavia, patologie congenite e

---

[86]. Si veda *supra*, capitolo I, paragrafo 6.1, e capitolo II, paragrafo 6, si veda anche *infra*, capitolo V, paragrafo 1.

[87]. Per ulteriori dettagli circa i dati quantitativi esaminati si veda *supra*, capitolo I, sottosezioni del paragrafo 6, e *infra*, capitolo V, paragrafi 2, 4 e 5.

[88]. In merito all'aborto nell'*islām*, si veda *supra*, capitolo III, paragrafi 7.3.2-7.3.3 e paragrafo 3.3 all'interno del presente capitolo. Per quanto concerne gli alti tassi di interruzioni di gravidanza e aborti spontanei tra le pazienti musulmane, si veda *infra*, capitolo V, paragrafo 5.

[89]. Si veda *supra*, capitolo III, paragrafo 6.2.

[90]. In merito all'importanza di evitare confusione nel lignaggio per l'*islām*, si veda *supra*, capitolo III, 4.3 e *infra*, paragrafo 5.2.

genetiche tendono a verificarsi con maggiore frequenza in caso di (stretta) parentela di sangue tra i membri della coppia. Quantunque tale pratica non sia legalmente consentita sul territorio italiano, non può di fatto essere del tutto esclusa, nemmeno nel caso di trattamenti di fertilità omologhi, come chiarito dagli specialisti di fecondazione in vitro intervistati. In realtà, il giorno in cui viene programmata la fecondazione degli ovociti, il seme maschile (se non precedentemente crioconservato) viene fornito al biologo direttamente dal padre intenzionale; non viene tuttavia eseguito un test del DNA sul materiale prodotto[91]. Potenzialmente, un padre intenzionale potrebbe dunque consegnare il seme appartenente a qualcun altro[92]. Al fine di gestire alcune problematiche connesse al consenso alla PMA da entrambe le parti, recentemente alcune cliniche della fertilità hanno iniziato a richiedere alle coppie intenzionate a sottoporsi a procedure di RMA di compilare documenti aggiuntivi; raramente, però, i moduli esaminati includono quella che si potrebbe definire la dichiarazione di «proprietà del seme» da parte del paziente.

4.2.2. Tradizioni locali e costumi condivisi

Un secondo elemento che potrebbe potenzialmente incidere sull'esito dei trattamenti di RMA è rappresentato da tradizioni locali e costumi condivisi. Questi comprendono soluzioni fitoterapiche per la fertilità a base di erbe, ritenute in grado di favorire le gravidanze, nonché rituali di fertilità e incantesimi per i coniugi infertili/sterili vittime di maledizioni. Nonostante vengano descritte come formule non conformi alla *sharīʿah* da molti dotti locali, le donne musulmane migranti tendono ad affidarsi a tali rimedi tradizionali all'assenza di prole anche quando si sottopongono a trattamenti clinici (di fertilità), come confermano diversi studi accademici[93].

Sebbene tali usanze tradizionali vengano comunemente praticate, le osservazioni etnografiche e le interviste hanno mostrato che queste pratiche non venivano mai rivelate dalle pazienti musulmane ai prestatori di assistenza sanitaria, bensì, piuttosto, alle mediatrici culturali. Alcune dichiarazioni rilasciate spiegano alcuni rimedi tradizionali e meritano di essere qui riportate.

Cominciano sempre con questo, soprattutto le marocchine. Per esempio, [dicono]: «Non sono ancora rimasta incinta perché c'era una donna innamorata di mio marito… perché mia suocera non mi voleva come moglie di suo figlio» e così via. «Così mi ha fatto dei malefici!». Sono tutte abbastanza sicure di questo! Così lei va dallo *shaykh* – sa, come un prete – che legge il *Qur'ān* e le dà qualcosa da mettere... della roba da bere, o della stoffa presa dai vestiti del marito (ad esempio, il pigiama) da far sparire sotto la sabbia, sette strati di sabbia… […] ma quello non è *islām*, quella è tradizione!

---

[91]. Per una disamina concernente il test di paternità nell'*islām* si vedano *inter alia* S. Ayman, *Paternity between Law and Biology: The Reconstruction of the Islamic Law of Paternity in the Wake of DNA Testing*, in «Zygon: Journal of Religion & Science», 47, 1, 2012, pp. 214-239; S.S.S. Haneef, *The Status of an Illegitimate Child in Islamic Law: A Critical Analysis of DNA Paternity Test*, in «Global Jurist», 16, 2, 2016, pp. 159-173. Si veda inoltre *supra*, capitolo III, paragrafo 7.1

[92]. Si veda *supra*, capitolo II, paragrafo 1.

[93]. Un ulteriore approfondimento in merito a guaritori, rimedi erboristici, riti tradizionali ed etnoginecologia, si veda ad esempio M.C. Inhorn, *Quest for Conception Gender, Infertility and Egyptian Medical Traditions*, Philadelphia, University of Pennsylvania Press, 1994, alle pp. 81-110.

e

Vedi – se hai un problema, vai ovunque… Loro vanno dallo *shaykh*, vanno da persone che danno loro roba ed erbe; viaggiano per giorni… le mettono [le erbe] in un piccolo sacchetto e poi lo indossano... o lo usano come tampone.

Questi cosiddetti riti tradizionali e rimedi erboristici, che spaziano dai rituali alla fitoterapia, possono avere effetti negativi sulla salute delle donne e impedire la riuscita di un trattamento di fertilità. Di fatto, la questione più controversa emersa in merito a tali tradizioni erboristiche/magiche è che alcuni di questi rituali possono provocare infezioni oppure emorragie.

Ulteriori pratiche consuetudinarie che potrebbero mettere a rischio la salute delle donne sono connesse al recupero dello sperma per le procedure di RMA, come svelato dal materiale empirico raccolto. Nelle cliniche della fertilità, in genere si richiede che gli uomini forniscano campioni del proprio seme, prima di dare inizio alla procedura di fecondazione in vitro, e per far questo i pazienti possono utilizzare una stanza privata.

Come delucidato nel capitolo precedente, la masturbazione maschile può essere percepita come problematica, se si adotta un approccio islamico rigoroso o la prospettiva tradizionale di alcune comunità musulmane[94]. Gli aspiranti padri musulmani, che si sottopongono alla fecondazione in vitro, possono quindi trovarsi ad affrontare un divieto religioso o una sorta di demascolinizzazione sociale. Due erano le vie alternative normalmente scelte dai pazienti maschili musulmani, così come descritte: portavano immediatamente in ospedale il seme raccolto a casa[95], oppure richiedevano un'autorizzazione speciale. La prima opzione può di fatto facilitare procedure eterologhe tra fratelli/sorelle (e conseguentemente dare origine a potenziali anomalie nei nascituri), pur essendo illegale sul territorio italiano[96]. La seconda possibilità prevede che i pazienti maschili musulmani chiedano che la moglie rimanga con loro nella stanza privata della clinica. Gli specialisti di fecondazione in vitro, i biologi e gli embriologi criticano duramente tale pratica poiché comporta una sofferenza aggiuntiva per la donna e provoca ulteriori sanguinamenti, dal momento che le viene chiesto di aiutare l'uomo a produrre il seme immediatamente dopo essersi sottoposta a prelievo ovocitario. Ciononostante, sembra che questo speciale permesso sia richiesto con una certa frequenza dai pazienti musulmani nei centri di PMA locali.

4.3. Progetti migratori dei pazienti

Ulteriori problematiche concernenti le terapie di RMA sono connesse al carattere prevalentemente migratorio dei pazienti musulmani. Più precisamente, come mostra l'evidenza

[94]. Si veda *supra*, capitolo III, paragrafo 6.

[95]. Un considerevole numero di donne musulmane riferiva che questo è il modo in cui solitamente viene fatto avere alla clinica il seme del marito.

[96]. Come accennato *supra*, al paragrafo 4.2.1. Si veda anche *infra*, capitolo II, paragrafo 1; capitolo III, paragrafo 6.2; capitolo VI, paragrafo 5. Potenzialmente, i genitori intenzionali potrebbero consegnare i gameti di qualcun altro (compreso il fratello di una delle parti) al medico specialista di fecondazione in vitro.

empirica, la migrazione influenza e condiziona l'esito dei trattamenti di fertilità. Gli aspiranti genitori musulmani possono in effetti sottoporsi a procedure di fertilità in paesi diversi e continuare a viaggiare, pur avendo già avviato il proprio percorso procreativo in un'altra città o in un altro paese.

La situazione più comunemente riportata è quella in cui i coniugi musulmani che si rivolgono alle cliniche della fertilità locali abbiano già usufruito di procedure ginecologiche o di trattamenti di fertilità all'estero, principalmente in paesi a maggioranza musulmana. Secondo le diagnosi degli specialisti di fecondazione in vitro intervistati, i fattori di sterilità/infertilità femminile che colpiscono la coppia sarebbero talvolta da attribuirsi a operazioni ginecologiche eseguite in maniera inappropriata – quali aborti indotti praticati in precedenza che in futuro provocano sanguinamenti o interruzioni spontanee di gravidanza[97].

Sebbene i dati rilevati sul campo indicassero la preferenza dei pazienti per i trattamenti di RMA eseguiti nelle cliniche italiane, emergevano varie motivazioni a supporto e giustificazione del turismo procreativo da parte dei pazienti musulmani. Da un lato, rispetto ad altri paesi a maggioranza musulmana o europei, l'Italia offre procedure meno dispendiose, poiché i pazienti musulmani beneficiano solitamente di esenzioni dalle spese sanitarie nelle cliniche pubbliche o finanziate dal SSN[98]. Dall'altro, la lista di attesa per avere accesso ai trattamenti di RMA nelle cliniche pubbliche con sede all'interno di ospedali può essere particolarmente lunga: potrebbe essere necessario attendere diversi mesi prima di ottenere la data dell'appuntamento per la prima visita medica[99]. Essendo impazienti di concepire un figlio, i pazienti in lista – in particolare le donne musulmane – potrebbero quindi sottoporsi a operazioni chirurgiche supplementari e/o intraprendere una (invasiva) terapia di fertilità ausiliaria. Uno specialista di fecondazione in vitro spiegava infatti che:

> Alcune di loro si sono sottoposte a operazioni chirurgiche nei loro paesi d'origine - piccole operazioni come cisti ovariche. Quando si sono rivolte a cliniche pubbliche, lo fanno perché devono aspettare per diversi mesi, per anni, addirittura! […] Allora fanno qualcosa, giusto per dimostrare che stanno facendo qualcosa… perché non vogliono starsene con le mani in mano mentre aspettano di essere chiamate, in attesa di ulteriori istruzioni sanitarie.

I trattamenti di fertilità eseguiti all'estero vengono tuttavia raramente comunicati al personale medico-sanitario. Le ragioni di tale comportamento sono da riscontrarsi nella lunghezza delle liste d'attesa dei centri pubblici di PMA. Il personale amministrativo riferiva infatti che i pazienti «hanno paura che – se lo sapessimo – li metteremmo in fondo alla lista. Così, se lo tengono per sé». I mediatori culturali rivelavano ulteriori dettagli concernenti questo turismo procreativo nei paesi a maggioranza musulmana che viene tenuto accuratamente nascosto, come emerge dalle affermazioni sotto riportate.

> Guardi – vogliono avere un bambino, qui e subito; perciò non accettano la lista di attesa. Vogliono che i loro nomi vengano scritti, poi se ne vanno da qualche altra parte nel frattempo, nei loro paesi… Glielo chiedi, anche i dottori [glielo chiedono], a volte, e loro dicono: «No». Ma io lo so… allora mi dicono: «Non lo dire al

[97]. Si vedano ad esempio le dichiarazioni riportate *supra*, paragrafo 2.2.
[98]. Diverse infermiere dichiaravano che i pazienti migranti musulmani spesso riferivano il costo di simili procedure in paesi a maggioranza musulmana e/o in altri paesi europei.
[99]. In merito alla lunghezza delle liste d'attesa e al costo economico dei trattamenti, si veda *infra*, capitolo V, paragrafo 8.

dottore!». Qualche volta, dicono persino: «Giura su Dio, giura sui tuoi figli [che] non lo dirai al dottore!». Sinceramente, non riesco a capirlo, ma questo è quello che succede.

Una mediatrice culturale individuava anche alcuni tipici itinerari turistici procreativi e sanitari così come scelti dai potenziali pazienti; nello specifico, illustrava quanto segue:

> Le persone vanno da un posto all'altro. Quando non riescono a trovare quello che cercano qui, allora vanno da qualche altra parte. In base alla mia esperienza, le donne marocchine vanno in Spagna; le donne nigeriane vanno in Inghilterra, anche per le loro capacità linguistiche. Vanno lì soprattutto per tecniche procreative e aborti indotti. [...] In Egitto e Marocco vanno, di solito, per curare disfunzioni tubariche.

La seconda tra le situazioni più comunemente riportate riguarda i coniugi musulmani «non stanziali». In questo caso, la medesima coppia si sottopone al primo ciclo di una procedura di RMA in un paese e poi al secondo ciclo in un altro paese. Dovendo attenersi a leggi e prassi nazionali differenti, i protocolli medici variano a seconda dello stato e da un centro di fertilità all'altro. I pazienti possono pertanto essere soggetti, in un breve arco di tempo, a trattamenti e stimolazioni ormonali diversi – quando non addirittura contrastanti.

Qualora i potenziali genitori non siano stanziali, i prestatori di assistenza sanitaria locali non hanno peraltro la possibilità di consultare le cartelle cliniche complete dei pazienti. Raramente, quindi, i medici che eseguono la fecondazione in vitro possono analizzare il quadro completo della salute dei pazienti immigrati o migranti; alcuni dei professionisti intervistati segnalavano infatti la mancanza di annotazioni in merito a cure temporanee, relazioni sullo stato di avanzamento delle terapie, impegnative del medico, lettere del medico curante o comunicazioni del personale sanitario. D'altro canto, alcuni pazienti portavano invece con sé la documentazione relativa alle visite mediche cui si erano sottoposti in diversi paesi. A titolo illustrativo, un medico rammentava alcuni casi: «[…] a volte si vedono delle relazioni cliniche. Per esempio, ricordo una coppia araba che aveva dei documenti rilasciati da una clinica in Marocco; erano scritti in francese».

Una terza problematica emergeva: i soggetti intervistati evidenziavano il fatto che modelli di migrazione costante comportano, di per sé stessi, notevoli ripercussioni sulla fertilità dei pazienti. Gli scenari più spesso descritti sono i due seguenti. Da una parte, è possibile che i pazienti richiedano frequentemente di riprogrammare gli appuntamenti clinici, a causa di spostamenti periodici, con conseguente ritardo nell'avvio della terapia di RMA[100]. Il personale amministrativo intervistato confermava ripetutamente questo aspetto; di seguito è riportato un esempio.

> Magari… quando li chiami, non rispondono: provi e riprovi… a volte per giorni. Oppure rispondono e dicono che stanno per partire, quindi non riescono a venire… Non possono presentarsi all'appuntamento che gli avevi dato e bisogna riprogrammarlo.

D'altra parte, il concepimento di un figlio diviene più complesso nel momento in cui i coniugi non vivono insieme. Regolare i rapporti sessuali in base all'ovulazione della donna agevola il

[100]. Talvolta il rinvio dell'appuntamento clinico è dovuto al *ramadhān*. Si veda *supra*, capitolo III, paragrafo 7.3.1 e paragrafo 3.2. Si veda anche *infra*, capitolo V, paragrafo 8.

concepimento; tale tecnica di I livello presenta tuttavia maggiori complicazioni quando marito e moglie abitino in paesi diversi[101]. Un andrologo descriveva alcune dinamiche transnazionali che sottoponevano i genitori intenzionali musulmani ad una notevole pressione.

> Il problema è che il 70% degli uomini che soffrono di disfunzioni sessuali ha una moglie che non vive in Europa, perciò non possono usufruire della procreazione assistita. Inoltre, l'uomo è qui e la donna è là; spesso non è ricongiunta... Perciò, non è facile... Quando lui la va a trovare per qualche giorno, tutti si aspettano che la metta incinta.

Una mediatrice culturale narrava analoghe dinamiche di concepimento transnazionale, sottolineando altresì il senso di urgenza e di ansia causato dai parenti e dalla famiglia allargata riguardo alla prole a lungo desiderata dalla coppia, ma non ancora concepita. Citando le sue parole,

> Le racconto un caso tipico. Qualche giorno fa, una donna ha detto: «Sono sette anni e non abbiamo un figlio!». Allora chiedo: «Perché non avete fatto niente prima?». E lei non parla... Quindi le chiedo: «Ha vissuto con suo marito? ... giorno e notte insieme?». Allora comincia a spiegare che è appena arrivata qui; lui viveva qui e andava a trovarla ad agosto... Perciò, le dico che è naturale: «È difficile avere un bambino in questo modo… c'è il viaggio, lo stress, la pressione della famiglia…». Ma lei è disperata: ogni mese, quando ha le mestruazioni, è un dramma! Dice che la suocera trova sempre il modo di… non accetta che non abbiano ancora avuto figli, allora lei è preoccupata e impaziente [di concepire] adesso.

La pressione sociale e familiare affinché si realizzi l'obiettivo di creare una nuova famiglia veniva similmente riferita da pazienti e figure religiose musulmani.[102] L'esperienza di una coppia bangladese può aiutare ad approfondire tali problematiche. Detti coniugi si sposarono dodici anni fa a Dacca. Più di dieci anni fa, poco dopo le nozze, il marito si trasferì in Italia dove aveva poi continuato a risiedere. Ogni anno trascorreva un paio di mesi in Bangladesh per far visita a moglie e parenti. Lavorando in qualità di muratore e di cuoco, riuscì infine a portare a compimento la procedura di ricongiungimento familiare; la moglie poté così raggiungerlo a Torino sei anni fa. Dopo dodici anni di vita matrimoniale (di cui tuttavia meno della metà condivisa nello stesso paese), si rivolgevano a una clinica della fertilità locale al fine di concepire un figlio.

Nel caso di simili relazioni matrimoniali a lunga distanza, i coniugi musulmani possono optare per trattamenti di RMA in paesi extraeuropei. A titolo illustrativo, due giovani coniugi marocchini spiegavano che, poiché l'uomo non era stato in grado di soddisfare i requisiti necessari al ricongiungimento familiare sul territorio italiano, avevano concordato di sottoporsi a trattamenti di fertilità in Marocco, anziché in Italia. Non avevano tuttavia potuto avviare le procedure di TRA poiché il marito risiedeva all'estero e viaggiava continuamente per far visita alla moglie in Marocco. L'uomo affermava: «Ci ho provato... ma devo essere lì… e ci vado solo quaranta/cinquanta giorni in tutto [all'anno], a trovarla»; sosteneva pertanto che: «Non va bene. Non possiamo [procedere con il trattamento di fertilità]». Non appena la moglie aveva potuto trasferirsi in Italia, avevano finalmente iniziato la procedura di RMA a Torino.

---

[101]. I tre livelli concernenti i metodi di RMA sono descritti *supra*, nel capitolo II, paragrafo 5.
[102]. Si veda *infra*, paragrafo 6.

Le situazioni sopra esaminate rivelano che, nel caso di pazienti musulmani stranieri, rinvii e ripercussioni sull'esito dei trattamenti di fertilità possono essere frequentemente ricondotti ai modelli di migrazione dei pazienti.

5. Segreti taciuti

Oltre a bisogni e problematiche specifici, sono altresì emersi alcuni segreti taciuti concernenti i potenziali genitori musulmani sottopostisi a procedure di RMA a Torino. I dati rilevati sul campo hanno infatti mostrato che alcuni argomenti venivano raramente menzionati e affrontati, nonostante il particolare peso che esercitavano sulla vita dei pazienti musulmani. Tre sono le questioni confidenziali identificate.

Il primo segreto taciuto concerne il bisogno (percepito) di non rivelare in quale modo la prole della coppia sia stata infine concepita. Benché l'*islām* supporti la riproduzione medicalmente assistita, è raro che i pazienti musulmani (così come i non musulmani) non provino imbarazzo nel palesare di aver optato per trattamenti di RMA.

Dalle dichiarazioni degli informatori sono emersi altri due temi di norma mantenuti segreti. Si tratta di due possibilità genitoriali vietate dalla *sharīʿah*, ossia procedure di fertilità eterologhe e adozione.[103] Quest'ultima verrà esaminata nei seguenti sottoparagrafi, mentre le procedure di RMA con il coinvolgimento di donatori saranno analizzate nel prossimo capitolo.

5.1. Limitazioni nel rivelare il ricorso alla PMA

L'*islām* è una religione natalista, che supporta alcuni metodi di procreazione medicalmente assistita[104], cionondimeno, il ricorso a trattamenti di fertilità può essere oggetto di stigma sociale e psicologico. Pertanto, i membri musulmani delle coppie sottopostesi a procedure di RMA intervistati raramente dichiaravano di avere rivelato alle famiglie allargate e alle comunità locali la propria scelta riproduttiva.

La massima confidenzialità dei pazienti in merito alla propria salute riproduttiva è ben nota anche ai prestatori di assistenza sanitaria. Nel corso delle interviste, i direttori dei centri per la fertilità asserivano che solo di rado i loro pazienti musulmani informavano le famiglie riguardo ai metodi di concepimento intrapresi. Riportavano alcune ragioni fornite dai loro pazienti, quale la seguente: «Non dirà che mio figlio – che è stato finalmente concepito – è stato concepito tramite tecniche assistite, vero?! Io sono un uomo...» e «Guardi, non voglio che loro pensino che non è mio! Non c'è bisogno che lo sappiano. Non c'è bisogno che nessuno lo sappia».

L'analisi dei dati rilevati sul campo ha confermato che il desiderio di genitorialità della coppia realizzato avvalendosi delle tecniche di RMA non veniva di norma rivelato ai parenti e alle famiglie

[103]. Quantomeno secondo alcune interpretazioni; si veda *supra*, capitolo III, paragrafi 4.3, 6.1 e 6.2.
[104]. Si veda *supra*, capitolo III, paragrafi 3, 5, 6-6.2.

allargate dei coniugi. Alla base di tale linea di condotta, si palesavano tre tipologie di motivazioni: il controllo (potenzialmente) esercitato dai familiari (parenti e affini), il processo di nuclearizzazione delle famiglie migranti[105] e lo stigma sociale attribuito alle coppie infertili e ai loro figli. La spiegazione resa da un mediatore culturale locale può chiarire questo argomento:

> Si assiste chiaramente a un forte controllo da parte di familiari, parenti, amici... persino dall'estero! Tutti loro controllano la coppia e la influenzano. […] Quando una coppia si sposa, si dà per scontato che nel giro di un mese loro... Così, cominciano a chiedere: «Novità?» che in sostanza significa: «Sei incinta?». Questo capita con i marocchini e gli egiziani, soprattutto con gli egiziani adesso… da quello che vedo.

I pazienti sottopostisi a trattamenti di fertilità nelle cliniche torinesi asserivano che il loro bisogno di riservatezza era volto principalmente a proteggersi dalle pressioni di alcuni familiari e dall'interferenza della famiglia allargata nei progetti di vita della coppia. Una donna marocchina trentasettenne spiegava, ad esempio, di non avere informato la propria famiglia d'origine in merito alla sua «scelta riproduttiva». Approfondiva ulteriormente raccontando di aver già concepito la figlia di due anni tramite procedure di RMA nel medesimo centro per la fertilità, perciò «adesso cerchiamo un figlio, un fratellino per lei... E, se e quando va tutto bene, allora lo dirò ai miei parenti… Be', forse».

Le donne musulmane, in particolare, hanno più volte espresso il desiderio di evitare tensioni familiari e il diffondersi di dicerie. Sottoporsi a trattamenti di fertilità in un paese diverso dal proprio – quale l'Italia – è quindi utile a proteggere il «piccolo segreto» della coppia. A titolo esemplificativo, una donna musulmana ventinovenne, che viveva provvisoriamente a Torino in attesa che il marito completasse gli studi postlaurea, chiariva quanto segue:

> Lo facciamo qui, così non lo sa nessuno. Dopotutto, è una questione privata. Solo tre persone lo sanno: un'amica che mi sta aiutando con l'italiano, mia mamma e mio marito. Naturalmente… non i miei suoceri!

L'interferenza e il controllo esercitati dai genitori del marito – prevalentemente dalle madri – veniva riferita con timore anche da numerose mogli musulmane, che descrivevano tale ingerenza come una potenziale minaccia alla vita matrimoniale della coppia. In particolare, le donne temevano che qualora i metodi di RMA non avessero portato a una gravidanza, i mariti avrebbero fatto ricorso a rimedi tradizionali all'assenza involontaria di prole conformi alla *sharīʿah*, quali divorzio o poliginia[106]. A titolo esemplificativo, un'aspirante madre musulmana dichiarava:

> Ho avuto un altro aborto spontaneo […] sono preoccupata, seriamente preoccupata. Vede – è consuetudine che… Nella nostra religione, nella nostra cultura, se la moglie non dà al marito un bambino, allora… dopo un po' sua madre comincia a dirgli che lei non va bene per lui... che deve guardarsi attorno per avere quello che gli serve… e così via.

---

[105]. Il tema della frammentazione delle relazioni familiari tra famiglie estese e famiglie nucleari migranti è approfondito in Parsons e Bales, *Family socialization and interaction process*, London, Routledge, 2001 (1956). Si veda anche *infra*, capitolo VI, paragrafo 4.

[106]. Si veda *supra*, capitolo III, paragrafo 4.2 e *infra*, paragrafo 6.

Il bisogno di riservatezza dei pazienti musulmani fa parte, in alcuni casi, del progetto migratorio della coppia. Nel passaggio da sistemi di parentela allargata a unità familiari più ridotte, il desiderio di genitorialità può diventare il progetto comune dei coniugi. Due coniugi marocchini che avevano vissuto insieme in Italia per diversi anni definivano un figlio come «un progetto di coppia in cui nessun altro deve interferire»[107]. Una coppia tunisina spiegava, analogamente, che un figlio «è un progetto solo loro». Nel raccontare la loro esperienza, delucidavano quanto segue: «Ne abbiamo parlato [ossia delle procedure TRA] tra di noi, perché se la gente lo viene a sapere, poi chiedono... In questo modo, nessuno ci chiede niente!» – come espresso dal marito. La moglie aggiungeva: «Magari più avanti… quando avremo un bambino, lo diremo. Non adesso».

Molto raramente, dunque, le problematiche connesse a infertilità e sterilità vengono affrontate apertamente, persino con i membri della famiglia e gli amici della comunità musulmana locale. Le motivazioni sono diverse, come riferito da alcuni mediatori culturali.

> Per noi, per le nostre culture, le malattie vanno tenute nascoste… si deve mantenere il silenzio al riguardo. Non si deve parlare dei propri problemi...

e

> Magari lei [l'aspirante madre musulmana] pensa: «Non c'è bisogno di dire che cos'ho – una malattia, poniamo – perché anche lei [la mediatrice culturale] avrà le sue difficoltà». Così, non dice una parola.

Le donne musulmane non sono quindi molto inclini a rivelare problemi concernenti la salute. Si può dedurre che un confronto libero e aperto tra le pazienti musulmane e le loro cerchie familiari e sociali in merito a questioni di infertilità e pratiche di RMA sia ostacolato da una combinazione di consuetudini sociali e costumi religiosi. Non solo veniva ripetutamente espressa la preoccupazione destata da eventuali rimedi tradizionali all'assenza di prole conformi al diritto islamico che comportassero mutamenti nella famiglia nucleare, ma anche il timore di subire ostracismo e stigmatizzazione.

Al fine di gestire efficacemente tali delicate questioni, le cliniche della fertilità locali pubbliche e private si avvalgono del supporto di psicoterapeuti[108]. Tuttavia, a causa di barriere culturali e linguistiche, le problematiche che le coppie musulmane affrontano quando si sottopongono a trattamenti di fertilità vengono menzionate solo occasionalmente agli psicologi della clinica, come essi stessi riferivano.

Eccezionalmente, i potenziali genitori musulmani possono decidere di affrontare questioni personali e di condividere sentimenti intimi con interlocutori che non siano legati alla loro rete personale e familiare, ma che al tempo stesso conoscano bene la loro lingua, cultura e religione. I dati

[107]. Il marito si era trasferito in Italia sedici anni fa e sua moglie l'aveva raggiunto otto anni fa.

[108]. In merito alla sofferenza provata dalle coppie infertili, si veda ad esempio M.T. Coglitore, *Aspetti psicologici, relazionali e sessuali della coppia sterile*, in A. Santosuosso, C.A. Redi, S. Garagna e M. Zuccotti, *I giudici davanti alla genetica*, Pavia, Collegio Ghislieri, 2002, pp. 67-71; J. Wright *et al*., *Psychosocial distress and infertility: A review of controlled researc*h, in «International Journal of Fertility», 34, 2, 1989, pp. 126-142; J. Wright *et al*., *Psychosocial distress and infertility: Men and women respond differently*, in «Fertility and Sterility», 55, 1, 1991, pp. 100-108.

empirici rivelano che i pazienti musulmani percepivano effettivamente i mediatori culturali quali «buoni ascoltatori», che si astengono dal criticare sia loro sia le loro idee[109]. Le dichiarazioni aggiuntive di alcune interviste rilasciate dai professionisti delucidano ulteriormente questi punti.

Quello che facciamo è importante anche perché… a volte, le donne parlano con noi – mediatori culturali – non solo perché conosciamo la loro lingua e la loro cultura, ma anche perché veniamo da posti diversi (ad esempio, Siria o Libano), quindi sanno che non lo diremo a nessuno… essere molto distanti dalla loro famiglia, comunità… questo aiuta,

e

Siamo diventate il piccolo mondo di queste donne… Non va bene! Ma, di tanto in tanto, siamo le uniche persone con cui possono aprirsi, parlare liberamente… Diventiamo le loro migliori amiche. […] A volte, ho l'impressione che alcune [pazienti] fingano di non capire e chiedano loro [al personale della clinica] di chiamarmi solo per incontrarmi e fare quattro chiacchiere.

Il fatto che i pazienti musulmani possano fare affidamento sui mediatori culturali contribuisce a spiegare perché i potenziali genitori musulmani, che reputino le procedure di RMA una valida soluzione all'assenza involontaria di prole, raramente interpellino le figure religiose. Da un lato, le figure religiose asserivano che gli aspiranti genitori musulmani necessitassero di indicazioni al fine di seguire un percorso conforme alla *sharīʿah*[110]; dall'altro, è raro che un consiglio religioso venga ricercato. Gli *a'immah* locali riferivano infatti che il numero di persone che si rivolgono a loro è decisamente esiguo. A titolo esemplificativo, un *imām* egiziano rivelava che, nell'arco di quattro anni, solo dieci persone avevano richiesto il suo parere e le sue indicazioni in merito a problemi di infertilità. Tre coppie che non avevano concepito figli avevano infine deciso di recarsi all'ospedale locale per intraprendere procedure di fertilità; un'altra donna, invece, aveva divorziato dal marito e aveva contratto matrimonio con un altro uomo. Altri dotti islamici illustravano ulteriormente le proprie interazioni con i potenziali genitori musulmani locali, spiegando che

[…] la gente raramente va dall'*imām*: hanno paura che possiamo parlare con qualcuno. Ma le persone sono molto molto confuse su cosa è giusto e cosa è sbagliato, *ḥalāl* e *ḥarām*… perciò dovrebbero chiedere...

Le donne dicono che sono robe di ragazze... così preferiscono chiamarmi al telefono… si vergognano a parlare davanti a me di certe parti del corpo e di procedure intime...

e

[109]. Si veda *supra*, capitolo I, paragrafo 6.2.

[110]. La conoscenza assai scarsa delle leggi islamiche da parte dei genitori potenziali musulmani è stata infatti lamentata dagli *a'immah* locali, nell'affrontare l'argomento dei rimedi all'assenza involontaria di prole conformi alla *sharīʿah*. Si veda *supra*, capitolo III.

Sono più le donne che vengono da noi, che chiedono… nella maggior parte dei casi, i mariti non lo sanno.

Dinamiche proprie della famiglia nucleare, norme di segregazione di genere, stigma sociale, nonché imbarazzo e disagio possono pertanto delineare il comportamento musulmano che porta a segreti taciuti.

Oltretutto, tra le figure religiose musulmane locali, pochissime sono esperte dei principi di diritto islamico in materia di problematiche di fertilità e metodi procreativi conformi alla *sharīʿah*. Il direttore di un centro di culto islamico, ad esempio, dichiarava: «Molte persone sono venute da noi a chiedere consiglio, ma io sono un comune essere umano, non posso aiutare...». Alcuni religiosi musulmani possono quindi decidere di esaminare con attenzione la situazione, in modo da aiutare i credenti musulmani che chiedono il loro intervento. Un *imām* locale delucidava:

Alcuni hanno chiesto il mio aiuto. Quattro donne sono venute alla moschea per trovare un modo per… per chiedere se potevano andare in ospedale per avere bambini. Così, prima ho parlato con il dottore, per capire. Ho bisogno di sapere, poi posso aiutare.

Laddove l'acquisizione di conoscenza da parte delle figure religiose locali non fosse una soluzione praticabile, di norma i religiosi stessi indirizzavano gli aspiranti genitori musulmani verso organizzazioni islamiche più grandi; come illustrato dal responsabile di un organismo nazionale:

Quando l'*imām* locale non sa cosa fare, allora chiede a noi... o indirizza a noi le persone e affrontiamo la questione al telefono. Se non sappiamo, usiamo il Consiglio europeo per la *fatwā* e la ricerca […]. Il punto è che questi sono argomenti difficili e in genere richiedono diverse telefonate.

In alternativa alle organizzazioni islamiche nazionali, i potenziali genitori musulmani, in cerca di assistenza e indicazioni in materia di diritto islamico, venivano invitati ad attendere che alcuni giurisperiti islamici visitassero qualche moschea di Torino; in base a quanto, ad esempio, chiarito dal direttore di un centro di culto islamico:

Non vengono a parlare… è vista come una questione privata! […] In fondo, cosa possono dirti alla moschea?! […] La gente che lavora qui conosce solo le basi. ...poi, è troppo difficile! Persino una *fatwā* cambia da persona a persona. Bisogna aspettare che vengano i professori durante il *ramadhān*, loro sanno.

Gli aspiranti genitori musulmani che intendevano intraprendere procedure di RMA richiedevano pertanto raramente le indicazioni degli *a'immah* locali. Le indagini etnografiche hanno rivelato che le motivazioni che inducono a non cercare il consiglio dell'*imām* sono di vario genere. Innanzitutto, la riproduzione assistita è praticata nei paesi a maggioranza musulmana, perciò i pazienti musulmani presumono che sottoporsi a trattamenti di fertilità sia consentito dalle disposizioni islamiche. Le affermazioni più frequenti erano le seguenti: «A casa lo fanno, quindi va bene», «Tanti amici l'hanno fatto, nel mio paese: è permesso» e «Fanno anche la pubblicità delle cliniche [della fertilità] alla televisione, perciò...».

In secondo luogo, oggigiorno le fonti contenenti i principi islamici sono ampiamente disponibili; i pazienti musulmani possono dunque trovare informazioni semplicemente navigando su Internet, senza rivolgersi a figure religiose locali o a giurisperiti islamici residenti nei paesi a maggioranza musulmana. Nel corso delle interviste, i pazienti musulmani di entrambi i sessi spesso dichiaravano:

> A patto che sei sposato, è *ḥalāl* – questo lo so,
> Non è *ḥarām*: nella nostra religione si può fare,
> L'*islām* dice che se una donna è malata deve essere curata,
> C'è Google… Ti farò vedere come cercare lì, troverai quello che hai bisogno,
> A cosa mi serve l'*imām*?![111].

In terzo luogo, i pazienti mettevano in dubbio la conoscenza e l'autorità religiosa dell'*imām* locale. I potenziali genitori musulmani si rivolgevano quindi a giurisperiti islamici che vivevano all'estero; in alcuni casi, si affidavano a una *fatwā* online oppure contattavano qualche dotto di fiducia per ottenere una *fatwā* telefonica. Come asserito da alcuni dei soggetti intervistati: «Ho chiamato mia mamma e il *mawlawi*, per sicurezza» e «Ho parlato con lo *shaykh* quando ero là. "Va bene" – ha detto. Perciò è OK.».

Un'ulteriore motivazione che spinge a non fare riferimento a un *imām* locale è specificamente connessa al disonore e alla nuclearizzazione delle famiglie migranti. In base a quanto rivelato dai dati empirici raccolti ed esaminati, per alcuni pazienti, sottoporsi a procedure di RMA è indice di una scelta riproduttiva autonoma. Tale decisione autodeterminante veniva presa al fine di riaffermare la mascolinità e il potere dell'aspirante padre, oppure l'autonomia della famiglia nucleare[112]. Due padri intenzionali musulmani, ad esempio, dichiaravano: «Si tratta di noi. Si tratta della mia famiglia. Si tratta di mio figlio. Si tratta della mia decisione» e «Non ho intenzione di chiedere a nessuno di dirmi cosa devo fare: decido io!».

Alcuni pazienti sottolineavano inoltre il bisogno di evitare lo stigma sociale associato all'infertilità dei coniugi e al lignaggio del figlio in questo modo concepito. Tre donne convenivano infatti che: «È meglio farlo qui; si può non dire niente …è un segreto!»; per poi aggiungere: «I familiari non lo sanno, i vicini non lo sanno… così nessuno può dire che hai avuto "un figlio di puntura", che non è il tuo». Genitori e figli musulmani possono effettivamente subire ripercussioni negative a causa sia della divulgazione di storie riguardanti l'infertilità dei genitori, sia della diffusione di pettegolezzi che mettano in dubbio la purezza della discendenza di sangue paterna (*nasab*) del figlio – secondo quanto riferito da un significativo numero di interlocutori.

I mediatori culturali raccontavano storie simili e confermavano ulteriormente il problema della segretezza dichiarando che «magari loro [i pazienti] ti dicono di aver contattato l'*imām* per sembrare dei bravi musulmani, dei musulmani religiosi. Ma non lo fanno... Di sicuro non lo fanno, credimi» e «Alcune donne lo tengono nascosto [il trattamento di fertilità] persino ai loro stessi mariti, figuriamoci

[111]. Un'interessante disquisizione in merito alla sfida nei confronti dell'autorità religiosa da parte delle donne musulmane in particolare si trova *inter alia* in J. Hammer e R. Spielhaus, *Muslim Women and the Challenge of Authority: An Introduction*, in «The Muslim World», 103, 3, 2013, Special Issue: *Muslim Women and the Challenge of Authority*, pp. 287-294, nonché nel saggio Incluso nel numero speciale citato.

[112]. In merito a tale aspetto, si veda anche *supra*, paragrafo 2.2.

all'*imām*!». Lo studio empirico condotto indicava infatti che, in determinate situazioni, alcune madri intenzionali musulmane richiedevano trattamenti di fertilità nelle cliniche locali senza informarne i mariti, come ulteriormente esaminato in seguito, al paragrafo 6.

5.2. Adozione e affidamento (non) conformi alla sharīʿah

Tutti i medici intervistati riferivano di aver costantemente fatto cenno all'adozione quale possibilità genitoriale alternativa, così come richiesto dalla legge italiana[113]. Alcuni rimandavano semplicemente al modulo che deve essere letto e firmato dai genitori intenzionali, altri affrontavano invece l'argomento senza entrare nei dettagli. Esiste una serie di motivazioni a supporto di questa scelta, come chiarito dalla dichiarazione rilasciata dal direttore di una clinica della fertilità.

> Adozione; vi accenniamo brevemente perché i pazienti potrebbero esserne turbarti. Magari hanno già intrapreso questo percorso e sono stati discriminati proprio per aver menzionato il fatto di aver tentato, o di voler tentare, metodi di procreazione medicalmente assistita... oppure hanno intrapreso la via dell'adozione ed è stato detto loro che i migliori genitori sono quelli che hanno già dei figli e che non cercano una gravidanza per colmare un vuoto nelle loro vite... Gli psicologi di solito scrivono cose del genere quando verificano l'idoneità di una coppia a diventare genitori adottivi (comunque, questo avveniva più spesso in passato; adesso è meno comune). Magari hanno superato il limite d'età per l'adozione, per cui... non è un'opzione [praticabile]. Perciò, non insistiamo su questo.

Secondo la percezione riportata dai pazienti, l'adozione costituisce un argomento delicato per i genitori potenziali, ancor più nel momento in cui si stiano sottoponendo a trattamenti di fertilità. I professionisti medico-sanitari preferiscono quindi evitare di affrontare in modo approfondito il tema delle procedure di adozione, a prescindere dall'affiliazione religiosa dei pazienti.

Analogamente, i pazienti musulmani che si sottoponevano a procedure di RMA cercavano di sottrarsi a conversazioni concernenti l'adeguatezza delle procedure di adozione, custodia di minori e affidamento. Le ragioni di questo particolare comportamento sono da riscontrarsi in precedenti valutazioni di idoneità all'adozione che abbiano avuto esito negativo, oppure nel desiderio delle parti di impedire che il personale della clinica della fertilità e la famiglia allargata vengano a conoscenza di un processo di adozione già avviato e attualmente in corso. I pazienti che aspirino alla genitorialità possono invero intraprendere contemporaneamente la strada dell'adozione e della PMA. Altrimenti detto, i pazienti possono avviare la valutazione giuridica e il processo di approvazione come potenziali genitori adottivi mentre si stanno sottoponendo a trattamenti di fertilità. Secondo quanto chiarito da un'ostetrica, in queste situazioni i pazienti musulmani preferivano generalmente non rivelare tale concomitanza ai membri dell'organico medico-infermieristico.

> No, [i pazienti musulmani] non menzionano l'adozione, neanche gli italiani... Be' a volte se lo lasciano scappare; quando parlano con l'infermiera durante una visita medica, magari accennano alla cosa. Ma non

[113]. Si veda *supra*, capitolo II, paragrafo 2.

vogliono dirlo perché pensano che sia un *aut aut*: se la fanno [l'adozione], allora non possono fare il trattamento [di fertilità].

Adottando la prospettiva dei pazienti musulmani, emergono ulteriori problematiche. Secondo la legge islamica, l'adozione (*tabanni*) è vietata; ciononostante, le coppie musulmane potrebbero optare per tale possibilità genitoriale[114]. In alcune circostanze, i genitori potenziali scelgono il modello di adozione occidentale; in altre, vengono preferite forme ibride di adozione o di affidamento intrafamiliare, come esaminato di seguito.

Quando questo tema veniva toccato durante le indagini empiriche condotte dall'autore, i pazienti musulmani sottopostisi a procedure di RMA a Torino manifestavano disagio, soggezione e imbarazzo. In alcuni casi, i pazienti – prevalentemente gli uomini – fingevano di non comprendere determinate domande, sebbene fossero riformulate in arabo, avvalendosi della terminologia usata nel *Qur'ān* per riferirsi a adozione, custodia di minori e affidamento. In altri casi, i soggetti intervistati cambiavano argomento, evitando così del tutto di affrontare la questione. Poche donne si dimostravano inclini a discutere dell'adozione, riportando le loro esperienze personali ed esprimendo le proprie idee in merito a questo rimedio all'assenza di prole non conforme alla *sharīʿah*. In un caso, una donna musulmana dichiarava:

> Lui ci sta pensando [all'adozione]; io no. Sinceramente, non voglio quello. […] Vedremo... Faremo questo [trattamento di RMA], prima. E, se Dio vuole, avremo un bambino! […] Mal che vada, io sarò sua figlia e lui mio figlio!

Alcuni pazienti musulmani manifestavano in modo più evidente la propria disapprovazione verso qualsivoglia forma di adozione, raccontando inoltre le esperienze traumatiche di alcune famiglie. È opportuno notare che l'enfasi veniva posta su determinate conseguenze negative (realmente verificatesi) derivanti da adozione e affidamento anziché sulle disposizioni islamiche. A titolo illustrativo, un paziente affermava:

> Mia zia ha avuto sei figli: cinque maschi e una femmina. Quando la bambina è morta, ne ha adottata una… un'orfana. […] Si comportava come se lei fosse veramente sua figlia – sa cosa intendo. Quando aveva 12/13 anni, ha sentito dei pettegolezzi e così ha scoperto… la verità: era scioccata! E le cose hanno smesso di funzionare...

Un'altra donna analogamente asseriva che: «No, io non adotterei mai!». Esponeva i propri pensieri spiegando che la cugina – che era anche la sua migliore amica – era stata adottata, senza essere a conoscenza della propria condizione. Una volta adolescente, aveva scoperto di essere in realtà la nipote di suo padre; più precisamente, era la figlia del fratello del padre (adottivo). Raccontando l'esperienza della cugina, la donna intervistata aggiungeva che «la gente la indicava ai matrimoni, alle riunioni di famiglia... Così, a poco a poco, abbiamo scoperto la verità. Eravamo, e ancora siamo, scioccate. Questo non è giusto; questo è completamente sbagliato!».

[114]. In conformità con il diritto islamico, è ammessa solo la *kafālah*, si veda *supra*, capitolo III, paragrafo 4.3.

Una donna tunisina spiegava invece che, dopo la morte del suo precedente marito, avendo contratto un nuovo matrimonio intorno ai quarantacinque anni, sentiva un forte desiderio di maternità. Avrebbe infatti voluto crescere dei figli insieme al nuovo marito. Poiché le procedure di RMA intraprese non erano andate a buon fine, aveva preso in considerazione l'adozione e l'affidamento. Citando le sue parole:

> Generalmente, provi prima altre cose; poi, se queste non funzionano... pensi all'adozione. […] Ho chiesto a mia cognata, che ne ha tanti [ossia di bambini], di darmene uno… di farne uno [un figlio] per me. «Mi prenderò molta cura di lui o di lei!», le ho detto. Ma non ha voluto… E così non ne ho più avuti [di figli].

I mediatori culturali confermavano che i modelli di adozione ibridi – quali l'affidamento familiare a fratelli o sorelle – possono effettivamente essere praticati all'interno della parentela (allargata) musulmana. Racconti concernenti forme di affidamento o di adozione attuate nell'ambito della famiglia allargata da parte di pazienti musulmani venivano similmente riferiti da infermieri e medici. In tali contesti, il processo di adozione – di per sé proibito nell'*islām* – è difficilmente identificabile, in quanto il nome del figlio rimane invariato e un'adozione di fatto assume le caratteristiche di un affidamento intrafamiliare. Benché si crei in effetti una relazione genitore-figlio fittizia tra il genitore adottivo imparentato biologicamente e la progenie adottata, il *nasab* del bambino è in qualche modo salvaguardato e preservato, come previsto dalla *sharīʿah*[115]. Le disposizioni islamiche vengono dunque riadeguate al fine di gestire i bisogni degli aspiranti genitori musulmani nel XXI secolo.

Un ulteriore rimedio conforme alla *sharīʿah* può similmente condurre a un analogo affidamento intrafamiliare. Le mogli (in)fertili di uno stesso marito possono infatti essere invitate a crescere insieme i figli partoriti da una delle altre mogli. Tale formula, che preserva la linea di discendenza della progenie a lungo agognata, realizza il desiderio di genitorialità e la volontà procreativa dei coniugi. Nella realtà dei fatti, alcuni dotti islamici consigliavano alle mogli di uno stesso marito poligino di vivere in armonia, allevando insieme la prole della coppia come un'unica grande famiglia[116].

Quando le suddette dinamiche venivano descritte dalle donne musulmane che si sottoponevano a procedure di fertilità a Torino, la creazione di una famiglia poliginica veniva presentata come un'ipotesi piuttosto spiacevole. Riportando le parole di un'interlocutrice:

> Queste situazioni sono complicate. Succedono, sì, ma sono complesse. […] Mia zia non ha figli. Ha fatto dei trattamenti di fertilità, ma non hanno funzionato. […] Poi suo marito ha sposato una seconda moglie e hanno avuto dei bambini insieme. Il primo figlio che mio zio ha avuto con la seconda moglie è stato cresciuto da mia zia – la prima moglie – come se fosse figlio suo. Chiamava la prima moglie di mio zio gridando: «Mamma!». […] La seconda moglie è una donna molto povera, perciò le sta bene. Ma cos'altro potrebbe fare? Mio zio mantiene anche la sua famiglia, quindi le deve andar bene per forza.

La paziente intervistata aggiungeva inoltre che non avrebbe mai optato per un modello matrimoniale poliginico analogo a quello adottato da alcuni membri della sua famiglia allargata; il suo

[115]. Si veda *supra*, capitolo III, paragrafi 4.3, 6.1-6.2.
[116]. Come precedentemente puntualizzato nel capitolo III, paragrafo 4.2.

desiderio di prole non ancora realizzato doveva pertanto essere soddisfatto attraverso l'impiego delle tecniche di RMA.

In realtà, le indagini etnografiche hanno mostrato chiaramente che, nel momento in cui gli aspiranti genitori musulmani decidevano di non considerare alcun tipo di riorganizzazione della famiglia nucleare, i centri per la fertilità venivano identificati quali unica soluzione alle loro difficoltà procreative. Ne conseguivano elevati livelli di stress e grandi aspettative, dal momento in cui le procedure di RMA divenivano l'unica possibilità per questi soggetti senza prole di continuare la loro vita insieme come coppia.

6. Comprendere gli aspiranti genitori musulmani

Adottando la prospettiva delle comunità musulmane, la generazione di una progenie è percepita non solo quale mezzo di realizzazione personale, ma anche come strumento di legittimazione sociale. Secondo quanto confermato da studi accademici, «passare attraverso il rituale del riprodursi è visto come dovere dell'individuo […] al fine di contribuire alla riproduzione sociale del gruppo, prima che un adulto sia accettato come un membro del gruppo stesso»[117]. In base a quanto esaminato in precedenza, i musulmani osservanti possono dunque concepire la procreazione come un dovere religioso e sociale[118]. Sebbene i musulmani europei possano essere disposti a trovare un compromesso, riducendo la dimensione numerica della famiglia ideale, i coniugi musulmani sono fermamente invitati a procreare in quanto parte del loro diritto-dovere a sposarsi e ad ampliare la comunità musulmana nel mondo (*Ummah*).

Tale stringente requisito sciaraitico è chiaramente percepito e individuato dal personale medico-sanitario che offre trattamenti di fertilità a Torino. In riferimento ai pazienti musulmani, i medici intervistati descrivevano sistematicamente i loro pazienti musulmani migranti come emotivamente prevenuti dall'incontrare le proprie famiglie allargate nel caso in cui i figli, tanto a lungo desiderati, non fossero ancora stati concepiti. I direttori di due cliniche della fertilità riportavano, ad esempio, affermazioni quali le seguenti: «Spesso mi dicono che non possono fare visita alla loro famiglia senza un figlio», e «Mi dicono che non possono tornare a casa senza figli».

L'identità sociale individuale è dunque connessa all'appartenenza a un gruppo sociale e la procreazione umana diviene un requisito essenziale all'interno delle comunità musulmane locali. La sfera sociale e quella familiare tendono pertanto a provocare nei coniugi musulmani un senso di urgenza pressante a riprodursi. Tale costrizione viene distintamente percepita dai prestatori di assistenza sanitaria. A titolo illustrativo, alcuni membri del personale medico-sanitario dichiaravano: «C'è molta pressione, soprattutto da parte della famiglia – lo ripetono, molte volte», e «si capisce che un figlio è una necessità sociale per loro!». Aggiungevano inoltre che: «Lo scopo è un bambino. Punto» e «figlio uguale obiettivo. Tutto qui! Per tutti loro, è quella la priorità». Invero, le coppie musulmane sottopostesi ai trattamenti frequentemente affermavano: «Vogliamo un bambino: è questo lo scopo!», «Adesso abbiamo bisogno di questo, non possiamo più aspettare! ...non possiamo stare così [ossia

[117]. Tremayne, *The «Down Side» of Gamete Donation: Challenging «Happy Family» Rhetoric in Iran*, cit., a p. 135.
[118]. Si veda *supra*, capitolo III, paragrafo 3.

senza prole]». La meta del viaggio dei coniugi si identifica pertanto con l'ambito risultato della procreazione; l'obiettivo dell'aspirazione e degli sforzi dei partner diventa la prole. Tali dinamiche si riscontrano, peraltro, nei genitori intenzionali musulmani sia sunniti sia sciiti.

Le diagnosi di sterilità o infertilità hanno dunque forti ripercussioni su uomini e donne musulmani. Una coppia sposata potrebbe essere persino ostracizzata o stigmatizzata e i soggetti musulmani potrebbero trovarsi ad affrontare problemi di legittimazione sociale qualora i loro ruoli in qualità di membri della *Ummah* e di coniugi venissero messi in discussione a livello locale. Possono essere espressi dubbi in merito alla mascolinità e alla virilità di un uomo musulmano che non sia padre; a livello sociale, vi è in effetti la tendenza a non distinguere tra infertilità maschile e impotenza. A titolo esemplificativo, un andrologo spiegava che i pazienti musulmani manifestavano la propria disperazione dichiarando: «Dottore, cosa dovrei dire alla mia famiglia? Mi dicono che non sono un uomo!». Uno specialista di fecondazione in vitro similmente riferiva che: «Per esempio, "Non torno al mio paese perché senza eredi non sono un uomo!" – Spesso mi dicono così». Gli aspiranti genitori musulmani esprimevano preoccupazioni analoghe nell'asserire il bisogno fondamentale di avere un figlio. Un musulmano bangladese, ad esempio, affermava:

> Non posso più aspettare: io ho 38 anni, lei 31. Lo voglio per lei, anche... Io lavoro; lei sta a casa, è sempre sola e pensa... e questo non va bene. Poi, tutti hanno figli... […] Questo, questo bambino è il mio principe, adesso! Sono pronto a lasciare il lavoro, se può servire, ora… Guardi – mi prendo un permesso, non vado al lavoro così facciamo questo, adesso.

A questa dichiarazione facevano eco quelle di altri pazienti uomini musulmani, come le seguenti: «Ho bisogno di un bambino ora, subito! È tutto quello che mi serve!», e «Non mi interessa dove e come… basta che arrivi un figlio!». L'enfasi veniva dunque posta sul sincero e fondamentale bisogno di un figlio.

Oltre all'impellente necessità di procreare, i professionisti medico-sanitari locali individuavano altresì l'urgenza di concepire, così come manifestata dai pazienti musulmani; «Gli uomini musulmani, e allo stesso modo le donne [musulmane], sono entrambi impazienti di ottenere un bambino in tempi molto rapidi» – riferiva un embriologo. Due specialisti di fecondazione in vitro similmente asserivano che: «Non sanno e non gli interessa [sapere] perché sono infertili... pensano solo al risultato, vogliono il figlio e basta!», e «Di solito hanno fretta. Ancor più le donne: vogliono rimanere incinte... ora!». Tale pressione psicologica può comportare anche il fatto che alcune madri intenzionali musulmane rivoltesi a cliniche eroganti TRA/PMA rilascino dichiarazioni false. Secondo quanto rivelato da alcune pazienti e confermato dai mediatori culturali, alcune donne musulmane migranti potrebbero enfatizzare la propria incapacità di concepire un figlio (in caso di infertilità primaria o secondaria), al fine di avviare immediatamente un trattamento di fertilità[119].

Le aspiranti madri musulmane risentono particolarmente del ritardo o dell'impossibilità delle gravidanze, specialmente quando i loro mariti decidano di affidarsi a rimedi tradizionali conformi alla *sharīʿah* quali il divorzio tramite ripudio (*ṭalāq*) oppure la poliginia[120]. Oltretutto, secondo il punto di

[119]. Si veda *infra*, capitolo V, paragrafo 8.
[120]. Si veda *supra*, capitolo III, paragrafo 4.2.

vista della giurisprudenza islamica (*fiqh*), l'infertilità riguarda principalmente le donne[121]. A conferma di quanto esposto, i prestatori di assistenza sanitaria locali mettevano in luce alcune situazioni drammatiche, raccontando quanto segue:

Ieri ho incontrato una donna che piangeva: mi diceva che il marito può ripudiarla per questo. Continuava a dirmi che aveva bisogno di un bambino, aveva assolutamente bisogno di un bambino!

Le donne musulmane... può capitare che mi preghino di produrre più ovociti, lo vogliono così ardentemente.

A volte mi supplicano persino: implorano di diventare genitori, di produrre più ovociti.

e

Una [paziente] mi chiese di procedere con il trattamento utilizzando il seme di un donatore senza dirlo al marito – era così disperata!

Le dichiarazioni riportate evidenziano la difficoltà delle donne musulmane ad accettare una diagnosi di sterilità/infertilità oppure il fallimento di una procedura di RMA che possa dipendere da fattori sia femminili sia maschili[122]. In alcuni casi, le pazienti musulmane manifestavano una disperazione tale da esprimere il desiderio di nascondere ai propri mariti di essersi sottoposte a una procedura di fertilità con il contributo di parti terze, ossia donatori di gameti. A titolo esemplificativo, un'aspirante madre musulmana raccontava la propria esperienza personale come sotto illustrato.

Ho detto al dottore: «La prego, lo faccia per me! Non lo dirò a lui! Non lo diremo a nessuno… non c'è bisogno che lui lo sappia, no!? Se abbiamo un bambino, quando avremo un bambino… lui sarà contento.» Ma - vede - lui non ha voluto! Ha detto: «Questo è illegale…», mio marito deve sapere perché possiamo procedere... «qui non possiamo farlo», mi ha detto. […] Io volevo tanto tanto un bambino, ho insistito e ho insistito, ma non avevo più uova… e mi servivano quelle. Il dottore ha trovato quelle [ossia gli ovociti] per me, e a me andava bene… ma non… non volevo che mio marito sapeva… Poi, era troppo caro… Così ho lasciato perdere… e non abbiamo nessun bambino. […] Non siamo giovani, così stiamo [ancora] insieme ...senza figli nostri, però.

Un simile stato di disperazione può persino portare alcune donne musulmane all'infedeltà, nel tentativo di concepire un figlio con un altro uomo, come spiegato da un *imām* locale sulla base della propria esperienza personale. In alcuni casi, l'adulterio veniva infatti avvertito come un male minore, rispetto all'assenza di prole.

Resoconti accurati concernenti il bisogno delle donne sposate di avere almeno un figlio venivano riportati anche dai mediatori culturali. Alcuni di loro chiarivano le dinamiche che si

[121]. In merito a questo punto, si veda *inter alia* S. Houot, *Islamic jurisprudence (Fiqh), and assisted reproduction: Establishing limits to avoid social disorders*, in Inhorn e Tremayne (a cura di), *Islam and Assisted Reproductive Technologies: Sunni and Shia Perspectives*, cit., a p. 55. Si veda anche *supra*, paragrafi 2.2-2.3.

[122]. Per un ulteriore approfondimento in merito ai fattori di infertilità femminile e maschile che colpiscono le coppie con almeno un componente musulmano, si veda *infra*, capitolo V, paragrafo 4.

verificano tra le donne musulmane rivelando che: «Una volta che una donna abbia avuto un figlio, la sua vita migliora… in famiglia, socialmente, religiosamente, giuridicamente» e «Lei vuole un bambino, a qualunque costo! Naturalmente, questo la protegge». Durante l'intervista, una paziente musulmana sollevava questioni analoghe spiegando che: «Anche mia mamma mi mette in guardia: "Devi dare un figlio a tuo marito al più presto, così da tenere il suo cuore vicino a te!" – Spesso mi dice questo». La pressione da parte della famiglia e l'interferenza dei parenti amplificano, pertanto, la necessità avvertita dai partner musulmani di sottoporsi a trattamenti di fertilità; in particolare, la procreazione è fortemente consigliata alle donne musulmane, affinché possano acquisire un migliore status sociale e familiare. Il comportamento determinato e risoluto delle madri intenzionali musulmane veniva attentamente delineato da alcuni mediatori culturali, come sotto illustrato.

A volte le infermiere dicono così, sì... ma le donne non soffrono in silenzio, secondo me. Loro vogliono avere dei figli! È culturale: lei si sposa per avere figli. Deve farlo, e fa tutto quello che può per farlo. Questa è la norma.

e

A volte devo spiegare loro che esistono dei rischi... nei trattamenti, nelle procedure, nelle medicazioni […] E di solito dicono: «Va bene, va bene, va bene… andiamo avanti!». Non fanno persino attenzione a cosa dico. Il concetto è: a qualunque costo, vado avanti e avrò un bambino.

Il personale medico-sanitario locale descriveva in modo simile alcune donne musulmane, definendole pronte a intraprendere qualunque azione necessaria al fine di ottenere una gravidanza. La maternità costituisce invero una pietra miliare nella vita delle donne musulmane. Il desiderio di progenie può quindi essere connesso alla condizione sociale, matrimoniale, familiare, giuridica e migratoria delle mogli musulmane, oppure riguardare anche questioni più personali. Una paziente musulmana, ad esempio, condivideva i propri sentimenti più profondi rivelando:

Mi deprimo ogni volta che ho il ciclo… la mia unica consolazione è comperare vestiti da neonato. Di solito, aspetto i saldi e ne compro qualcuno… In qualche modo li userò! […] A essere onesta con lei, sono terrorizzata. Non voglio essere come mia madre o mia zia… Non voglio passare quello che hanno passato loro! Mi piacciono i bambini, li adoro… Voglio essere una mamma, voglio davvero essere una mamma… Ne ho bisogno.

Un'altra paziente musulmana trasferitasi da poco a Torino esprimeva la propria solitudine affermando: «Voglio una figlia, così diventerà mia amica… faremo le cose insieme, allora».

Il desiderio di prole quale via per ridurre la distanza linguistica e culturale nel paese di insediamento veniva altresì evidenziato dalla psicologa di un centro di PMA pubblico; la quale affermava che le donne musulmane solitamente non parlano la lingua locale e non lavorano; spesso non hanno amici e guardano passivamente i programmi televisivi, sentendo la mancanza del proprio paese d'origine[123]. Non hanno «piani di vita alternativi» né «progetti creativi sostitutivi». Di conseguenza,

[123]. Si veda anche *supra*, paragrafo 2.3.

rispetto alle pazienti non musulmane, le aspiranti madri musulmane hanno la tendenza a sentirsi più sole e depresse. Un figlio diviene pertanto un «progetto di compagnia futura». L'interlocutrice riportava in effetti le parole confidategli da alcune pazienti: «Voglio un bambino, così si occuperà di me quando sarò vecchia».

La prole diveniva pertanto una pietra miliare anche nei progetti migratori delle donne musulmane intervistate. In riferimento a tale aspetto, emergeva un'ulteriore verità spesso taciuta. Le mogli intenzionali musulmane sono estremamente preoccupate dal fatto che il marito divorzi da loro qualora i cicli di fertilità abbiano esito negativo; tale mutamento nella loro famiglia nucleare potrebbe infatti comportare il loro trasferimento nel paese d'origine. Una volta trasferite, queste ex-mogli divorziate e infertili potrebbero pertanto essere vittime di ostracismo e stigma sociale.

Al contrario, qualche donna musulmana adottava un approccio spirituale nell'affrontare l'assenza di esiti procreativi positivi. Ad esempio, un'aspirante madre dichiarava:

> Nell'*islām*, bisogna avere fede in Dio! Noi diciamo: «Lui può darti un figlio, una figlia, o nessuno… perciò noi dobbiamo accettare la Sua volontà. […] Da quando mi sono trasferita qui… e non rimanevo incinta, mi sono avvicinata Dio. Penso sia parte del processo: più difficoltà, più vicina a Dio! Vede – a volte, se tutto va bene, ti allontani da Dio. Per cui, non c'è solo tutto male in questo…

L'affermazione riportata richiama alcune dichiarazioni rilasciate da giurisperiti islamici e direttori di centri di culto in merito ad atti di preghiera e accettazione dell'assenza involontaria di prole, così come precedentemente esaminati[124]. Quanto esposto indica inoltre che, in quello che è stato definito «il pellegrinaggio per la gravidanza»[125], i musulmani osservanti sono tenuti ad accettare con fede e ad accogliere la propria sorte. Secondo la prospettiva islamica, indipendentemente dal bisogno di progenie delle parti, è infine il volere divino a plasmare il destino individuale di ciascun aspirante genitore ed esso può includere la potenziale sterilità o infertilità. A livello locale, tale approccio ha un forte impatto sui rapporti medico-paziente.

I devoti musulmani, più specificamente le donne sposate musulmane, sono tuttavia consapevoli del bisogno di ricorrere alla procreazione medicalmente assistita quando possibile. Qualora i cicli di fertilità non vadano a buon fine, o la coppia non possa sottoporsi a trattamenti di RMA omologhi, con tutta probabilità i coniugi musulmani si avvarranno di rimedi tradizionali all'assenza di figli conformi alla *sharīʿah*[126]. Alcuni musulmani potrebbero altrimenti optare per procedure di PMA eterologhe oppure per l'adozione, entrambe in violazione delle disposizioni islamiche (sunnite) e dei costumi musulmani; tale scelta comporterebbe pertanto il bisogno di tenere nascosti, alle famiglie allargate e alle sfere sociali locali, alcuni dettagli relativi alla propria discendenza.

---

[124]. Si veda *supra*, nel capitolo III, paragrafo 4.1.
[125]. Si veda Inhorn, *Quest for Conception Gender, Infertility and Egyptian Medical Traditions*, cit., alle pp. 3, 50, 289.
[126]. Come descritto *supra*, nel capitolo III, sottosezioni del par. 4.

Capitolo quinto

Pazienti musulmani locali

1. Accesso e utilizzo delle cliniche della fertilità locali

All'inizio del presente volume, è stato messo in evidenza che la popolazione musulmana mondiale e locale cresce a un ritmo maggiore rispetto a quella non musulmana; i bacini d'utenza delle cliniche della fertilità che offrono trattamenti di RMA includono pertanto un numero sempre maggiore di «nuovi» italiani e stranieri residenti sul territorio italiano[1].

Questa parte del volume intende fornire ulteriori dettagli sui pazienti musulmani locali basandosi su dati qualitativi e quantitativi[2]. Verranno inoltre esaminate le percezioni dei prestatori di assistenza sanitaria riguardo ai pazienti musulmani, affiancate dai dati quantitativi gentilmente messi a disposizione dalle cliniche torinesi della fertilità, pubbliche e private. Più specificamente, le dichiarazioni dei soggetti intervistati saranno comparate con i dati statistici quantitativi che comprendono complessivamente 16.028 pazienti sottopostisi a trattamenti di fertilità di I-III livello negli anni 2009-2017 in una clinica con sede in un ospedale pubblico[3], in aggiunta ai dati concernenti le procedure con donatore così come riportati da due cliniche della fertilità private.

I paragrafi seguenti sono pertanto dedicati alle percezioni e alle osservazioni concernenti i pazienti musulmani come riportate da parte dell'organico medico-infermieristico e degli operatori ausiliari[4], mentre le interviste rilasciate vengono rapportate alle statistiche disponibili per quanto riguarda gli aspiranti genitori che si sono sottoposti a cicli di fertilità omologhi ed eterologhi. Viene quindi svelata e analizzata la dimensione globale del fenomeno della fruizione e dell'accesso alle cliniche della fertilità locali da parte dei pazienti musulmani.

2. Quantificazione dei pazienti musulmani

I dati concernenti i pazienti musulmani locali, così come esaminati dall'autore, sono stati desunti partendo dalle informazioni qualitative e quantitative messe a disposizione dalle cliniche di RMA locali e dal personale medico-sanitario ed amministrativo delle stesse.

---

[1]. Si veda *supra*, capitolo I, paragrafo 5.

[2]. Come precedentemente esposte in dettaglio nel capitolo I, sottosezioni del paragrafo 6, e secondo i dati forniti dalle cliniche della fertilità locali elencate nel capitolo II, paragrafo 6.

[3]. All'autore è stato consentito l'accesso agli elenchi in formato elettronico di tutti i pazienti che avevano appuntamenti per trattamenti di RMA, al fine di individuare i pazienti stranieri e/o musulmani. I dettagli si trovano *infra*, paragrafo 2.

[4]. Ulteriori considerazioni in merito alla percezione dei pazienti musulmani da parte dei prestatori di assistenza sanitaria si possono trovare *supra*, capitolo IV, paragrafi 2.1-2.3 e 3.1.

Per quanto attiene alle prime, i prestatori di assistenza sanitaria intervistati fornivano una serie di risposte differenti in merito al numero dei loro pazienti musulmani. In particolare, sono emerse differenze significative nei bacini d'utenza delle cliniche di RMA pubbliche, convenzionate e private, in relazione ai pazienti musulmani[5]. A titolo esemplificativo, i direttori di due centri per la fertilità privati dichiaravano che i pazienti musulmani sono pari a «circa il 5% l'anno, negli ultimi due anni» e «in quasi trent'anni ho avuto complessivamente quattro-cinque coppie [musulmane]». Il registro elettronico di un altro centro di PMA privato documentava, dal 2011 al 2016, sei pazienti marocchini, cinque nigeriani, quattro iraniani, un siriano, e un libanese; presumendo che tutti questi pazienti stranieri fossero musulmani, nell'arco di cinque anni[6] ne venivano contati solamente diciassette.

Anche se esigue percentuali di potenziali pazienti musulmani tendono a rivolgersi a strutture private per sottoporsi a trattamenti di RMA, le statistiche dei centri citate dai soggetti intervistati indicano una crescita costante del numero di pazienti musulmani che accedono ai cicli di fertilità convenzionati con il SSN. Un medico di un centro di RMA convenzionato con il SSN, ad esempio, affermava che i pazienti musulmani sono «non più del 10%… su 900 coppie l'anno, per quanto riguarda i trattamenti di I-II livello».

Il personale sanitario di un ospedale pubblico segnalava un incremento più consistente nella percentuale dei pazienti musulmani. In questa struttura, due medici spiegavano: «Una coppia su dieci è musulmana. […] Vedo 1.200 coppie all'anno» e «le donne musulmane sono così numerose! Direi il 30%, principalmente perché è un ospedale pubblico». Prendendo in esame le dichiarazioni rilasciate da altri membri del personale medico dello stesso centro per la fertilità, la cospicua quota di pazienti stranieri e musulmani è stata ulteriormente confermata. A titolo illustrativo, un andrologo dichiarava: «tra i miei pazienti, almeno il 30-35% sono stranieri. E, di questi, il 40% sono musulmani». Un'ostetrica similmente affermava:

> Pazienti musulmani? Ce ne sono sempre di più… Li vedo, quando li ricevo, li vedo nel laboratorio… lo vedo dalla lista degli appuntamenti, dalla lista di attesa. Ce ne sono parecchi qui.

Una biologa del centro di RMA inoltre riferiva un numero persino maggiore di aspiranti madri musulmane sottopostesi alle procedure di fecondazione in vitro. Citando le sue parole:

> Sono tante… Qui, le donne musulmane sono quasi il 50% [delle pazienti]. Certe mattine, vedo solo una donna italiana, qui… se consideriamo altri stranieri come rumeni, albanesi e così via. […] C'è stata una crescita esponenziale negli ultimi anni… ci sono due ragioni. Il servizio pubblico: circa il 90% [dei pazienti musulmani] beneficia dell'esenzione dal ticket. A causa dei loro costumi e delle loro tradizioni, non avere figli è un handicap. Così ce ne sono proprio tante.

I prestatori di assistenza sanitaria calcolavano dunque una percentuale di pazienti musulmani che va dal 5 al 10%, nel caso di cliniche private o convenzionate con il SSN, fino al 30-40%, in quello

[5]. Le cifre concernenti i cicli di inseminazione eseguiti nei centri per la fertilità con sede a Torino negli anni 2014 e 2015 si possono trovare in dettaglio *supra*, nel capitolo II, paragrafo 6.
[6]. In merito ai dati riguardanti il numero di pazienti dei centri di fertilità torinesi, si veda *supra*, capitolo I, sottosezioni del paragrafo 6 e capitolo II, paragrafo 6.

di strutture pubbliche di RMA[7]. Tali andamenti trovavano spiegazione sia in quanto è chiaramente percepito come un «bisogno islamico di procreare»[8], sia nelle condizioni economiche della maggior parte dei pazienti musulmani. Il fatto che la maggior parte dei trattamenti di fertilità eseguiti a Torino fossero (parzialmente/totalmente) finanziati dal servizio sanitario nazionale trovava in effetti riscontro nei dati rilevati sul campo[9]. A livello locale, le strutture per la fertilità private sono di fatto più numerose rispetto a quelle pubbliche; ciononostante, le procedure di PMA sono prevalentemente prestate da cliniche pubbliche o convenzionate con il SSN. Inoltre, nei centri piemontesi pubblici o finanziati dal SSN, il costo dei cicli di fertilità è coperto dal servizio sanitario nazionale nel momento in cui il trattamento rientri nei livelli essenziali di assistenza (LEA)[10].

Al fine di esaminare ulteriormente e quantificare il bacino d'utenza locale dei pazienti musulmani, è inoltre necessario prestare attenzione ai dati quantitativi cui l'autore ha avuto accesso in alcune cliniche della fertilità locali. Più specificamente, analizzando la lista d'attesa di un centro di RMA con sede in un ospedale pubblico, l'autore identificava un totale di 8.014 pazienti. La lista comprendeva coppie intenzionate a sottoporsi a procedure di fertilità nella suddetta clinica tra gennaio 2009 e marzo 2017. Incrociando i dati concernenti nazionalità, nomi e cognomi dei pazienti, sono stati individuati 5.570 pazienti italiani, 2.444 stranieri e 712 musulmani[11]. Le informazioni approfondite riportate dalle cliniche e raccolte in relazione agli aspiranti madri e padri sono analizzate nel dettaglio nei paragrafi seguenti del presente capitolo.

In primo luogo, è opportuno fare presente che il numero complessivo dei potenziali genitori presenti in loco, i cui dati identificativi erano inclusi nella lista d'attesa della clinica della fertilità pubblica presa in esame, crebbe tra il 2009 e il 2012, mentre il tasso di crescita passò da +16,9% a +4,8%. Un calo trascurabile si registrò nel 2013 (-0,4%); l'ammontare complessivo dei pazienti diminuì invece notevolmente nel 2014 (-19,5%). Da allora, la quantità di pazienti aumentò nuovamente fino a dicembre 2016[12]. Queste statistiche, dettagliate nella tabella 5.1 e nella figura 5.1, sono in linea con l'andamento riscontrato in Italia e in Piemonte, come in precedenza osservato, nei capitoli I e II.

---

7. Nella citta di Torino, durante gli anni 2014 e 2015, le cliniche private di RMA erogavano rispettivamente 1.284 e 1.212 cicli di inseminazione omologa - come precedentemente riportato nel capitolo II, tabella 2.7. L'unico centro finanziato dal SSN forniva 1.385 e 1.344 cicli di inseminazione omologa rispettivamente nel 2014 e nel 2015. Per quanto attiene alle cliniche della fertilità pubbliche locali, le stesse offrivano 1.058 e 1.168 cicli di inseminazione omologa rispettivamente nel 2014 e 2015.

8. In merito a tale aspetto, si veda *supra*, capitolo III, paragrafo 3 e capitolo IV, paragrafo 6.

9. Si veda *supra*, capitolo I, paragrafo 6.1.

10. Si veda *supra*, capitolo II, paragrafi 5-6. Si veda anche *infra*, paragrafo 7.

11. I paesi a maggioranza musulmana e i paesi con una significativa presenza di musulmani comprendono: Afghanistan, Albania, Algeria, Azerbaijan, Bahrain, Bangladesh, Bosnia-Erzegovina, Benin, Brunei, Burkina Faso, Ciad, Isole Cocos (Keeling), Comore, Gibuti, Egitto, Eritrea, Etiopia, Gambia, Ghana, Guinea, Guinea Bissau, India, Indonesia, Iran, Iraq, Costa d'Avorio, Giordania, Kazakistan, Kosovo, Kuwait, Kirghizistan, Libano, Libia, Macedonia, Malesia, Maldive, Mali, Mauritania, Mayotte, Montenegro, Marocco, Niger, Nigeria, Oman, Pakistan, Palestina, Qatar, Arabia Saudita, Senegal, Sierra Leone, Somalia, Sri Lanka, Sudan, Siria, Tagikistan, Tanzania, Tunisia, Turchia, Turkmenistan, Emirati Arabi Uniti, Uzbekistan, Sahara Occidentale e Yemen. Tra gli indicatori di identità religiosa venivano utilizzati nomi e cognomi quali ad esempio Islām e Muḥammad (trascritti in vari modi). Quando possibile, tali dati venivano verificati incontrando i pazienti o chiedendo ulteriori dettagli all'organico medico-infermieristico e agli operatori ausiliari. Per approfondimenti il merito al personale delle cliniche e alla metodologia adottata, si veda *supra*, capitolo I, paragrafo 6.1.

12. Il tasso di crescita è variato dal +5,3% al +2,9%.

TAB. 5.1. *Lista d'attesa di un centro di PMA pubblico*

	Pazienti inseriti nella lista d'attesa	Pazienti italiani	Pazienti stranieri	Pazienti musulmani
2009	796	604	192	54
2010	918	656	262	59
2011	1.074	761	313	87
2012	1.126	797	329	99
2013	1.121	790	331	92
2014	902	612	290	94
2015	950	594	356	107
2016	978	654	324	99
2017 (parziale)	149	102	47	21
TOTALE	*8.014*	*5.570*	*2.444*	*712*

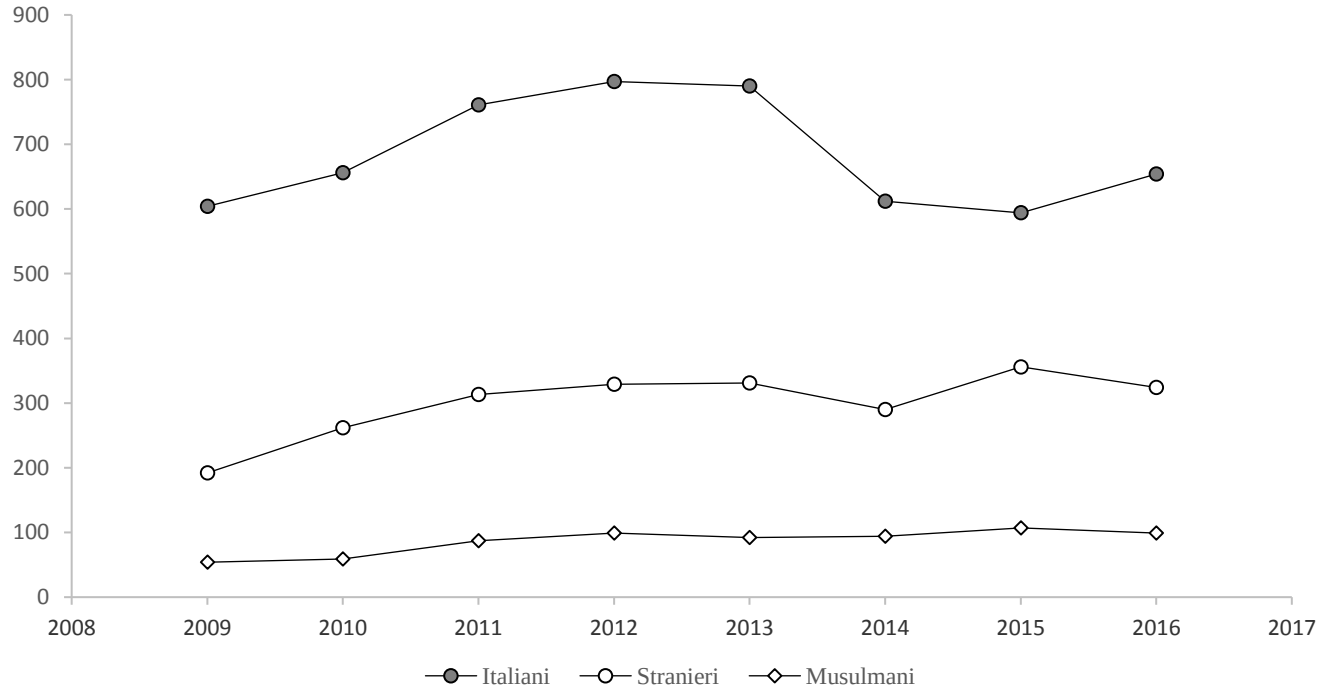

FIG. 5.1. Pazienti inseriti nella lista d'attesa.

Confrontando pazienti italiani e stranieri, la tabella 5.1 e il grafico alla figura 5.1 mostrano che, dal 2013 al 2014, la diminuzione dei pazienti stranieri (-12,4%) fu inferiore rispetto a quella degli italiani (-22,5%). Nello stesso lasso temporale, si registrò una tendenza opposta tra i pazienti musulmani, il cui numero aumentò lievemente (+2,2%)[13]. Un maggiore tasso di crescita dei pazienti musulmani (+13,8%) si rilevò tra il 2014 e il 2015, in linea con l'aumento degli stranieri (+22,8%) e in contrasto con il calo dei pazienti italiani (-3%). L'anno seguente si attestò una tendenza opposta: in particolare, i dati rilevati sul campo indicavano una diminuzione sia tra i pazienti stranieri (-9%) sia tra quelli musulmani (-7,5%) e un incremento dei pazienti italiani (+10%).

Come osservato in precedenza, tale fenomeno potrebbe non essere indice di un'effettiva riduzione dei genitori intenzionali musulmani che si sottopongono a trattamenti di fertilità, ma piuttosto del fatto che i musulmani siano sempre meno facilmente identificabili[14]. Questo è dovuto principalmente alla naturalizzazione dei pazienti (musulmani) stranieri. In realtà, l'organico medico-infermieristico e gli operatori ausiliari segnalavano percentuali più elevate di pazienti musulmani rivoltisi ai centri di TRA/PMA di Torino.

Le informazioni sopra riportate devono essere altresì analizzate in rapporto al numero complessivo dei pazienti i cui dati personali erano inclusi nella summenzionata lista d'attesa. La percentuale annua di pazienti italiani presenti nella lista d'attesa dei centri medici di PMA oscillava dal 62,5% nel 2015 al 79% nel 2011.

Se si considerano le cifre relative ai pazienti stranieri, il campo di variazione andava da un minimo di 24,1% nel 2009, a un massimo di 37,5% nel 2015. Il numero degli aspiranti genitori musulmani che si contavano tra questi pazienti oscillava tra il 6,4% nel 2010 e l'11,3% nel 2015. Tali dati, combinati con quelli esaminati nel capitolo I, confermano che non solo i genitori intenzionali si avvalgono in misura sempre maggiore di procedure di RMA sul territorio italiano, ma che i pazienti musulmani sono da ritenersi fruitori assidui e in crescente aumento di queste tecniche della fertilità a Torino.

[13]. In ogni caso, veniva registrato un decremento dei pazienti musulmani (-7%) dal 2012 al 2013.
[14]. Si veda *supra*, capitolo I, paragrafo 5.

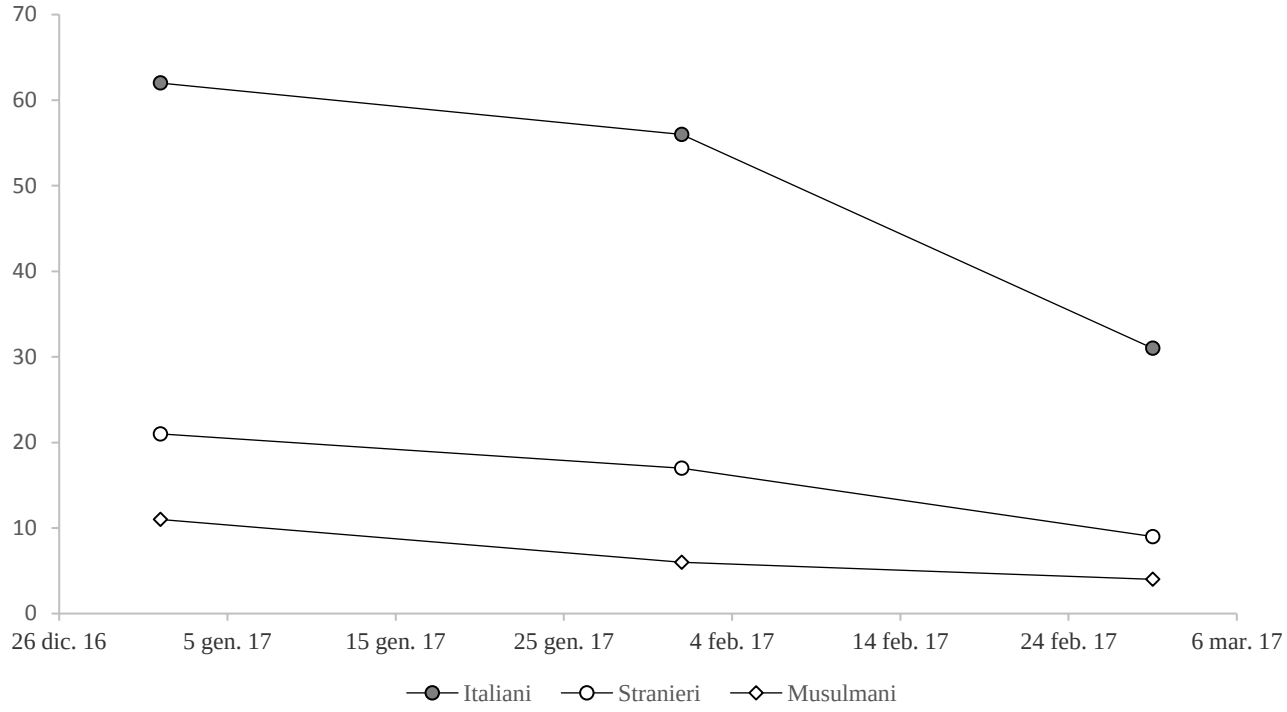

FIG. 5.2 Pazienti inseriti nella lista d'attesa - 2017 (parziale).

Dati interessanti sono altresì emersi dall'analisi dei primi mesi del 2017. Come illustrato nella figura 5.2, viene confermata la precedente tendenza in calo; in proporzione, tuttavia, si registra una più alta percentuale di pazienti musulmani. Dal 19 gennaio 2017 al 9 marzo 2017, su 149 pazienti, la quota di musulmani inseriti nella lista d'attesa della clinica è arrivata a 21 genitori intenzionali, corrispondenti al 14,1% del numero complessivo di pazienti che avevano avuto accesso ai centri medici RMA presi in esame.

3. Individuazione dei pazienti musulmani

Le osservazioni etnografiche condotte hanno evidenziato che i prestatori di assistenza sanitaria normalmente supponevano la religione di appartenenza dei pazienti sulla base di nazionalità, abbigliamento, aspetto fisico o linguaggio del corpo degli aspiranti genitori. Rispecchiando la struttura del paragrafo precedente, le percezioni relative ai genitori intenzionali musulmani da parte dei soggetti intervistati che prestano servizio nelle cliniche della fertilità sono qui affrontate e messe in relazione con i dati quantitativi raccolti.

Posta di fronte a domande concernenti i pazienti musulmani, un'infermiera intervistata in un centro medico pubblico di RMA dichiarava ad esempio che:

Lo capisci [che sono musulmani] dai vestiti, dallo stile... di solito, [le donne musulmane] portano il velo. Oppure vedi il cognome arabo o il viso (ad esempio, il colore più scuro della pelle), il comportamento del paziente, le dinamiche delle coppie e così via.

Un biologo analogamente asseriva: «Queste donne indossano il velo, guardano in basso, il marito prende il controllo della situazione… si vede che sono diversi! Di solito, lo noti». Un andrologo dichiarava invece: «Vedo che sono musulmani perché sono tutti circoncisi».

Alcuni direttori di cliniche private menzionavano diversi aspetti, al contempo sottolineando con attenzione il fatto che evitavano ogni domanda diretta riguardante fede, credo o appartenenza religiosa. Uno di loro asseriva: «Non posso discriminare: non posso chiedere; o me ne accorgo [che sono musulmani] oppure non lo so»; un altro spiegava: «Non lo chiedo mai – è illegale! – lo presumo dal loro paese di origine». Uno specialista di fecondazione in vitro, invece, raccontava di avere identificato la religione di appartenenza della paziente a causa del suo comportamento devoto. Spiegava di aver scoperto improvvisamente che la donna, la quale si stava sottoponendo al trattamento, era musulmana quando questa aveva offerto una preghiera a Dio nella stanza di trasferimento degli embrioni prossima al laboratorio. Citando le sue parole, «L'ho visto una volta... perché una volta è capitato che una donna musulmana pregasse *Allāh* durante il trasferimento degli embrioni. A quel punto, divenne chiaramente evidente per tutti noi che fosse musulmana».

Affidandosi a criteri quali aspetto fisico e nazionalità si può, tuttavia, incorrere in errori, come rivelano le indagini svolte sul campo. A titolo esemplificativo, in un'occasione, alcuni infermieri presentavano all'autore una coppia egiziana. Il personale sanitario supponeva che i coniugi fossero di religione musulmana, mentre in realtà si trattava di cristiani copti. Nel corso dell'intervista, la coppia manifestava il proprio disappunto per essere stata associata ai pazienti musulmani a causa dell'aspetto fisico e del paese di origine. Il marito si esprimeva come riportato di seguito:

Sì, sì… tutti lo credono. E, per essere sincero con lei, iniziamo a essere un po' scocciati al riguardo! Non è un problema... ma la vede: lei non porta il velo, io parlo bene la lingua [italiana], mia figlia si chiama ---[15]. Noi non siamo musulmani. Si fa troppa attenzione, qui, ai musulmani... tutto è sempre per loro! Come mai in Egitto non c'è nessuno che mi rivolge domande come lei? Faccio parte di una minoranza là, come loro qui. […] Oggigiorno è così: tutto è per i musulmani, anche qui…

In merito alla nazionalità dei pazienti musulmani, cliniche pubbliche e private riportavano paesi d'origine differenti. I centri di RMA privati indicavano come preponderanti i paesi magrebini, con qualche caso limitato di aspiranti genitori provenienti da Medio Oriente e Albania. Il personale delle cliniche della fertilità pubbliche e convenzionate con il SSN elencava pazienti musulmani i cui paesi d'origine erano Marocco, Egitto, Tunisia, Algeria, Libano, Siria, Etiopia e Bangladesh. Un mediatore culturale attivo in una clinica della fertilità pubblica riferiva che, tra i pazienti musulmani, il 70% è costituito da marocchini, il 25% da Egiziani e il 5% proviene da altri paesi a maggioranza musulmana.

Le percezioni dei soggetti intervistati sono state confrontate con i dati empirici quantitativi. Osservando nello specifico il materiale raccolto, emergono effettivamente elementi interessanti in

[15]. Il nome della figlia non è riportato al fine di tutelare la riservatezza del soggetto d'indagine, ma si trattava di un nome tipicamente cristiano e molto comune.

riferimento alle nazionalità dei genitori intenzionali musulmani. Più precisamente, esaminando la lista d'attesa dei pazienti della clinica della fertilità pubblica precedentemente menzionata, sono state estrapolate e analizzate nel dettaglio le informazioni riguardanti la nazionalità e/o il paese di origine per un totale di 516 pazienti (262 donne e 254 uomini).

TAB. 5.2. *Coppie con almeno un partner straniero intenzionate a sottoporsi a RMA*

Paesi a maggioranza musulmana o con significativa presenza musulmana	Paesi Europei	Nazionalità pazienti	Nazionalità pazienti femminili	Nazionalità pazienti maschili
Albania		44	23	21
Algeria		3	1	2
Bangladesh		10	5	5
Benin		2	1	1
Costa d'Avorio		6	3	3
Egitto		31	15	16
Etiopia		4	2	2
Filippine		1	1	-
India		2	1	1
Iran		4	2	2
	Italia	39	14	25
Iugoslavia		1	-	1
	Francia	1	1	-
Kosovo		2	1	1
Libano		2	1	1
	Lituania	1	1	-
Macedonia		10	4	6
Mali		2	1	1
Mauritius		4	2	2
Marocco		276	144	132
Nigeria		26	16	10
Pakistan		4	2	2
	Romania	4	4	-
Senegal		11	5	6
Sierra Leone		1	-	1
Somalia		1	1	-
Sri Lanka		2	1	1
Tunisia		18	8	10
Turchia		4	2	2
Totale		*516*	*262*	*254*

Le cifre riportate nella tabella 5.2 si riferiscono a coppie in cui almeno uno dei due componenti è (identificato come) musulmano[16]. Come illustrato nella tabella sopra riportata, gli italiani ammontano a 39, pari dunque al 7,6% dei pazienti musulmani o sposati con un musulmano insieme al quale intendano sottoporsi a un ciclo di fertilità nel centro di PMA sopracitato. Sono stati identificati anche altri paesi europei, quali Romania, Lituania e Francia.

Prendendo in considerazione gli aspiranti genitori (musulmani) non europei, il numero più alto di pazienti musulmani stranieri è stato riscontrato tra i marocchini, che rappresentano il 53,5% dei pazienti presenti nella lista. È interessante notare che tale percentuale è nettamente più elevata rispetto ai dati statistici percepiti e riportati dai mediatori culturali locali; si potrebbe quindi ipotizzare solo una quota inferiore di pazienti musulmani richieda effettivamente l'intervento di tali figure professionali[17].

Tra i pazienti musulmani stranieri, dopo i marocchini si conta una varietà di soggetti appartenenti ad alcuni paesi a maggioranza musulmana oppure a paesi con una significativa presenza musulmana. Percentuali rilevanti sono state riscontrate tra i potenziali genitori musulmani provenienti da Albania (8,5%), Egitto (6%), Nigeria (5%), Tunisia (3,5%), Senegal (2,1%), Bangladesh (1,9%), Macedonia (1,9%) e Costa d'Avorio (1,2%). I dati analizzati sono messi in luce dalla figura 5.3[18].

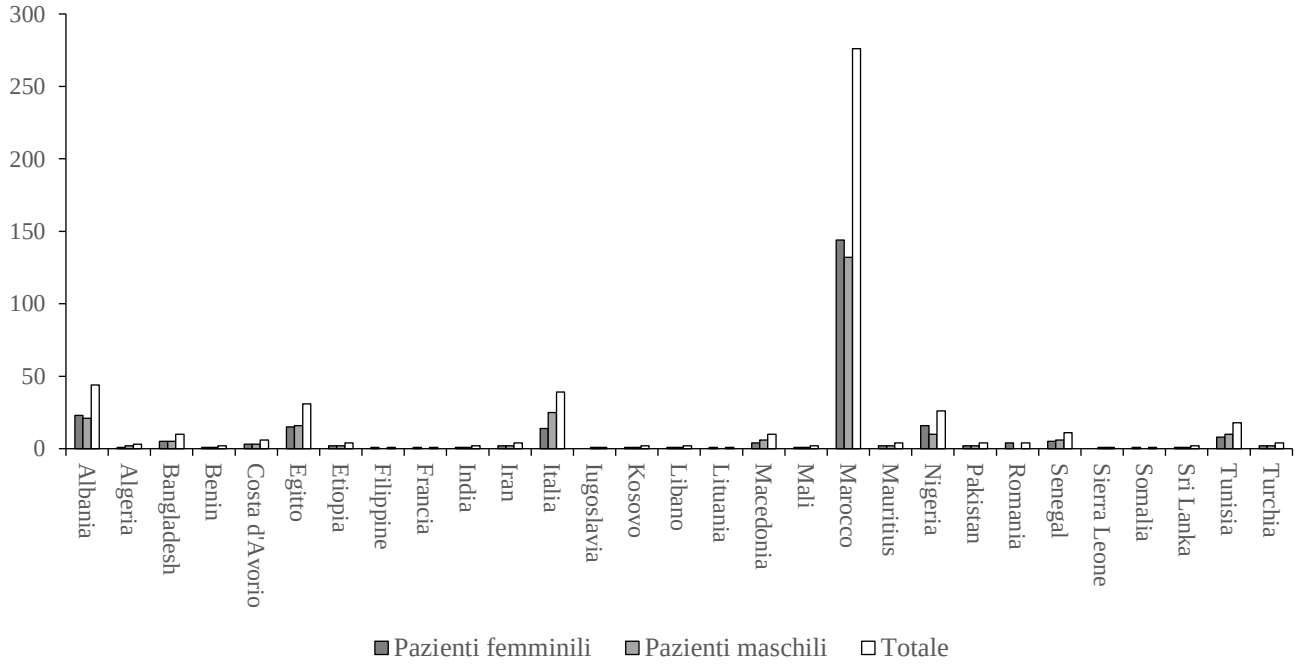

FIG. 5.3. Nazionalità dei pazienti - coppie con almeno un partner musulmano.

[16]. Non si può escludere che alcuni musulmani non siano stati individuati e conteggiati; non sarebbe stato possibile, ad esempio, distinguere un soggetto musulmano di nazionalità italiana, con un nome o un cognome non musulmano, se il personale amministrativo o sanitario non avesse fornito ulteriori informazioni sul paziente. In merito ai nomi musulmani, si veda *supra*, capitolo I, paragrafo 6.1.

[17]. In merito a tale aspetto, si veda *supra*, capitolo I, paragrafo 6.2 e capitolo IV, paragrafo 2.2.

[18]. Un confronto con i tassi di popolazione straniera e musulmana in Italia e in Piemonte si trova *supra*, capitolo I, paragrafi 4-5.

Si possono inoltre evincere informazioni aggiuntive concernenti le nazionalità dei padri e delle madri intenzionali. Prendendo in esame i membri musulmani delle coppie e i coniugi di musulmani che si sottopongono a procedure RMA, le nazionalità più comuni degli aspiranti padri erano quella marocchina (52%), italiana (9,8%), albanese (8,3%), egiziana (6,3%), nigeriana (3,9%) e tunisina (3,9%). Per quanto concerne le aspiranti madri, i paesi che ricorrevano più frequentemente erano Marocco (55%), Albania (8,8%), Nigeria (6,1%), Egitto (5,7%), Italia (5,3%), e Tunisia (3,1%).

Addentrandosi nell'esame del paese d'origine dei pazienti, ulteriori dettagli sono stati esaminati in riferimento alle unioni matrimoniali endogamiche o esogamiche dei genitori intenzionali musulmani[19], come illustrato nella tabella 5.3. Nel documento elettronico messo a disposizione, erano riportati i dati concernenti la nazionalità di entrambi i componenti delle coppie per un totale di 514 pazienti; tra questi, sono state individuate 42 coppie esogamiche e 210 endogamiche.

I componenti musulmani delle coppie endogamiche erano principalmente marocchini (59%), seguiti da albanesi (10%), egiziani (6,7%), nigeriani (4,3%), senegalesi (2,4%) e bangladesi (2,4%). I membri delle coppie esogamiche, musulmani o sposati con un musulmano, sono stati prevalentemente individuati tra italiani e marocchini, con percentuali rispettivamente del 34,5% e del 26,2%.

In riferimento alle aspiranti madri appartenenti a coppie esogamiche sottopostesi a trattamenti di fertilità, sono state individuate donne marocchine, italiane e rumene. Gli aspiranti padri non coniugati con connazionali erano per lo più italiani, marocchini e tunisini. Come esaminato in precedenza, i genitori intenzionali musulmani legati da relazione endogamica assumono specifica rilevanza nelle procedure di RMA, poiché tali pazienti mostrano la tendenza ad essere imparentati biologicamente[20].

[19]. È opportuno menzionare che, secondo l'*islām*, le donne musulmane possono sposare esclusivamente uomini musulmani, mentre gli uomini musulmani possono sposare donne appartenenti alla «Gente del Libro». Si veda *Qur'ān* (II: 221; V: 5). L'espressione Gente del Libro (*ahl al-kitāb*) identifica i gruppi religiosi i cui testi sono riconosciuti dall'*islām*, ossia ebrei e cristiani. Secondo alcune interpretazioni, anche zoroastriani e sabei sarebbero da annoverarsi tra la Gente del Libro (*Qur'ān,* XXII: 17, II: 62, e V: 69).

[20]. Si veda *supra*, capitolo IV, paragrafi 3.3 e 4.2.1.

TAB. 5.3. *Relazioni endogamiche o esogamiche degli aspiranti genitori*

	Nazionalità della moglie (esogamia)	Nazionalità del marito (esogamia)	Partner musulmani (esogamia)	Partner musulmani (endogamia)
Albania	2	-	2	42
Algeria	-	1	1	2
Bangladesh	-	-	-	10
Benin	-	-	-	2
Costa d' avorio	-	-	-	6
Egitto	-	2	2	28
Etiopia	-	-	-	4
Filippine	1	-	1	-
Francia	1	-	1	-
India	-	-	-	2
Iran	-	-	-	4
Italia	8	21	29	8
Iugoslavia	-	1	1	-
Kosovo	1	1	2	-
Libano	-	-	-	2
Lituania	1	-	1	-
Macedonia	-	2	2	8
Mali	-	-	-	2
Mauritius	-	1	1	2
Marocco	16	6	22	248
Nigeria	7	1	8	18
Pakistan	-	-	-	4
Romania	4	-	4	-
Senegal	-	1	1	10
Sierra Leone	-	1	1	-
Sri Lanka	-	-	-	2
Tunisia	1	4	5	12
Turchia	-	-	-	4
Totale	*42*	*42*	*84*	*420*

4. Quadro clinico dei pazienti musulmani

Posti di fronte a domande relative al quadro clinico dei pazienti musulmani[21], i professionisti medico-sanitari segnalavano l'esistenza di molteplici problematiche relative alla possibilità di concepimento delle coppie e asserivano che tra i pazienti musulmani i fattori di infertilità sono parimenti condivisi tra i coniugi. Riportando le parole del direttore di un centro medico privato di PMA: «il fattore di sterilità è attribuibile alle donne nel 50% dei casi e agli uomini nel 50%, anche per i musulmani e gli stranieri».

Dall'esame dei potenziali ostacoli ai trattamenti di TRA emergevano alcuni aspetti specificamente concernenti i padri e madri intenzionali di religione musulmana. Per quanto attiene a queste ultime, i medici riferivano che le donne musulmane dovrebbero avere un livello di fertilità più elevato in virtù della loro giovane età, in particolare se comparate ad altre pazienti della clinica. Un infermiere, ad esempio, affermava: «Rimangono incinte più facilmente perché sono più giovani!».

I dati quantitativi invero confermavano l'andamento descritto dai prestatori di assistenza sanitaria. Tra il materiale fornito, venivano messe a disposizione informazioni relative all'anno di nascita sia dei padri che delle madri intenzionali di religione musulmana, membri di 230 coppie sottopostesi ad almeno una procedura di RMA tra gennaio 2009 e dicembre 2016. Negli anni presi in esame, l'età media dei pazienti musulmani uomini variava dai 39 ai 42 anni, mentre quella delle pazienti musulmane donne oscillava tra i 32 e i 35 anni, come illustrato nella tabella 5.4. I dati hanno dunque dimostrato che, col tempo, l'età media degli aspiranti genitori musulmani (stranieri) era in leggero aumento, in linea con la tendenza italiana in precedenza analizzata[22]. Sul lungo termine, il rinvio della gravidanza potrebbe similmente avere una maggiore incidenza sulla fertilità dei genitori intenzionali musulmani.

TAB. 5.4. *Età media dei genitori intenzionali*

Anno del primo trattamento di fertilità	Età media - Donne musulmane	Età media - Uomini musulmani
2009	33	39
2010	35	42
2011	32	40
2012	34	42
2013	34	42
2014	33	41
2015	35	41
2016	34	42
Età media complessiva	*33,7*	*41*

[21]. Come precedentemente esaminato, il quadro clinico dei pazienti musulmani comprende una delle specificità che erano state individuate dai prestatori di assistenza sanitaria. Si veda *supra*, capitolo IV, paragrafo 2.1.
[22]. In merito a tale aspetto, si veda *supra*, capitolo II, paragrafo 4.

Sebbene una percentuale significativa dei membri dell'organico medico-infermieristico abbiano asserito che le aspiranti madri musulmane sono relativamente più giovani delle italiane (non musulmane), la fertilità delle pazienti musulmane tende a essere sensibilmente influenzata da altri fattori, principalmente obesità e precedenti infezioni. Alcune dichiarazioni rilasciate dai medici possono chiarire tali punti: «Il problema principale, per molte di loro, è il peso. Per loro, le donne devono essere così… ma questo non va bene per il trattamento», e «Ci sono diverse donne in sovrappeso, persino obese. Le faccio un esempio: ragazze di 20 anni che pesano 85 o 120 kg».

Come indicato dalle indagini empiriche, il secondo (potenziale) fattore di infertilità riguarda le infezioni e/o i danni alle ovaie oppure alle tube di Falloppio. Nello specifico, alcuni professionisti medico-sanitari spiegavano quanto segue:

> Le utenti musulmane sono solitamente giovani, hanno anche meno di 30 anni. Mostrano problemi connessi alla loro origine etnica, come la dieta. I fattori di infertilità sono correlati a problemi di ovulazione – come la sindrome dell'ovaio policistico – e a modelli differenti di aspetto fisico e di corporatura.

> Una peculiarità delle donne musulmane è che soffrono di problemi ovarici (ad esempio, la sindrome dell'ovaio policistico) connessi alle loro abitudini alimentari oppure alle condizioni sanitarie e agli standard cui sono abituati. Nel complesso, tuttavia, sono più fertili perché sono più giovani...

e

> Talvolta [le donne musulmane] non possono avere bambini a causa di quello che hanno subito prima... Intendo che alcune hanno affrontato aborti o operazioni in precedenza – soprattutto per infezioni alle tube di Falloppio – che non sono state eseguite correttamente, per cui, adesso, il loro sistema riproduttivo non funziona come dovrebbe.

Secondo l'opinione del personale medico-sanitario intervistato, quindi, i problemi di infertilità/sterilità delle donne musulmane sono imputabili in prevalenza a consuetudini culturali e a condizioni sanitarie proprie dei loro paesi d'origine; l'età complessivamente più giovane può tuttavia controbilanciare tali problemi.

Tra le cause che influiscono sulla fertilità delle donne musulmane, è doveroso menzionare un altro aspetto. Studi scientifici evidenziano che l'infertilità anovulatoria è talvolta connessa alla sindrome dell'ovaio policistico (SOP, in inglese PCOS). L'obesità si annovera tra i fattori che possono potenzialmente portare alla SOP e i consueti matrimoni tra consanguinei incidono sulla predisposizione genetica a complicazioni metaboliche[23]. Di conseguenza, la parentela di sangue tra genitori intenzionali musulmani può innescare un circolo vizioso che rischia di comportare malattie congenite e genetiche

[23]. Si veda G. Wakley, J. Fuller e B. Qureshi, *A Muslim woman with infertility*, in «Practitioner », 244, 2000, alle pp. 1005-1008, 1013-1014; F. Haq e J. Rizvi, *Infertility and polycystic ovarian syndrome: a study of association between body mass index and intrafamily marriages*, in «Gynecologic and Obstetric Investigation», 65, 4, 2008, pp. 269-274.

nella prole e che si ripercuote al contempo sulla capacità della madre intenzionale di concepire un figlio[24].

Altri specialisti di fecondazione in vitro delucidavano che l'infertilità degli uomini musulmani è un fenomeno diffuso, che ha un peso rilevante per le coppie che si affidano a trattamenti della fertilità a livello locale. A titolo esemplificativo, uno degli intervistati affermava quanto segue:

> Per i nostri pazienti provenienti da paesi islamici, il problema risiede principalmente nel soggetto maschile. Perché le donne sono più giovani (20/30 anni) e c'è una grande differenza di età tra l'uomo e la donna […] Inoltre, hanno stili di vita diversi. Le donne non sono gettate allo sbaraglio, a vivere da sole in Europa – come le pazienti dei paesi dell'Est, che sono affette da clamidia, ecc. […] Molte di queste donne [musulmane] vivono con le loro famiglie fino a quando si sposano e poi si trasferiscono in Europa con i loro mariti… perciò non hanno nemmeno avuto molti partner sessuali.

I problemi di infertilità o sterilità dei padri intenzionali musulmani sono principalmente dovuti alle loro condizioni di lavoro e ai loro costumi. Ad esempio, uno specialista di fecondazione in vitro chiariva che gli uomini musulmani mostrano una maggiore tendenza a «patologie del liquido seminale, dovute al duro lavoro; per esempio, molti sono muratori... E, culturalmente, quello è un problema maggiore».

I mediatori culturali evidenziavano invece che, mentre le donne musulmane di solito cercano una soluzione all'assenza di prole e alla sterilità[25], gli uomini musulmani sono meno propensi a indagare i fattori della loro potenziale infertilità. Riportando le loro parole, «è un fatto culturale: la colpa è della donna, sempre… Quando non è così, allora non è vero: il dottore si è sbagliato, è abbastanza evidente», «per gli uomini musulmani, andare dal dottore... è un grande passo!». Un altro informatore spiegava inoltre che «questo [andare in una clinica della fertilità] lo priva della sua virilità… si sente castrato».

A causa di tradizioni e costumi, gli uomini musulmani potrebbero dunque rifiutare una diagnosi di infertilità per evitare che la loro virilità venga messa in discussione dalla moglie o dalla famiglia allargata. Le dinamiche all'interno delle coppie musulmane risentono dunque particolarmente dei fattori che le colpiscono, in base a quanto descritto dai professionisti medico-sanitari e dai mediatori culturali[26]. I prestatori di assistenza sanitaria riferivano infatti che molto di rado una donna musulmana accompagna il marito alla visita andrologica, mentre l'inverso rappresenta la norma. Da un punto di vista culturale, oltretutto, alle mogli musulmane è stato insegnato a «portare il peso dell'infertilità», salvaguardando la virilità dei loro mariti e condividendo il loro «segreto di sterilità»[27].

---

[24]. Sul primo aspetto, si veda *supra*, capitolo IV, paragrafo 4.2.1.

[25]. Così come puntualizzato anche dalle figure religiose locali intervistate, si veda *supra*, capitolo III, paragrafo 2.1.

[26]. In merito alle impressioni sulle dinamiche di coppia tra i musulmani da parte dei prestatori di assistenza sanitaria locali, si veda *supra*, capitolo IV, paragrafi 2.2 e 2.3.

[27]. Tale condotta è avvalorata dalle indagini empiriche condotte da Inhorn. Si vedano ad esempio M.C. Inhorn, *The «worms are weak»: Male infertility and patriarchal paradoxes in Egypt*, in L. Ouzgane (a cura di), *Islamic masculinities*, London, Zed Books, 2006, pp. 217-237; Id., *The New Arab Man: Emergent Masculinities, Technologies, and Islam in the Middle East*, Princeton, Princeton University Press; e Id., *The New Arab Man: Emergent Masculinities, Technologies, and Islam in the Middle East*, in Institute on Culture, Religion & World Affairs (a cura di), *Key Issues in Religion and World Affairs*, 2015, pp. 1-14.

Al fine di approfondire l'esame dei fattori di infertilità e sterilità con particolare riferimento ai genitori intenzionali musulmani, sono stati raccolti e analizzati i dati qualitativi riguardanti i pazienti che si sottoponevano a cicli di fertilità dal 2009 al 2016. Grazie alle informazioni raccolte per un totale di 341 coppie con almeno un componente musulmano[28], è emerso che al 55,1% delle coppie venivano diagnosticati fattori di infertilità maschile, al 29,9% fattori di infertilità femminile[29] e al 15% un fattore di infertilità idiopatico; come illustrato nella tabella 5.5. È necessario aggiungere che il fattore di infertilità/sterilità riportato è quello originariamente diagnosticato dallo specialista e registrato nel sistema elettronico della clinica nel momento in cui la coppia viene ammessa al primo trattamento di fertilità; le potenziali ulteriori difficoltà riproduttive emerse in seguito non erano invece annotate nel documento citato.

TAB. 5.5. *Fattori di infertilità che colpiscono gli aspiranti genitori*

Anno del trattamento di fertilità	Fattore di infertilità femminile	Fattore di infertilità maschile	Fattore di infertilità idiopatico
2009	7	9	1
2010	13	11	3
2011	12	31	5
2012	19	32	4
2013	11	35	4
2014	11	23	9
2015	14	22	15
2016	15	25	10

Dati interessanti sono emersi per quanto concerne il fattore idiopatico, il quale indica una causa oppure un meccanismo di infertilità/sterilità non identificabile[30]. Fino al 2013, a una bassa percentuale

[28]. Il numero di coppie sottopostesi a procedure di RMA in questa clinica della fertilità pubblica sono state 17 nel 2009, 27 nel 2010, 48 nel 2011, 55 nel 2012, 50 nel 2013, 43 nel 2014, 51 nel 2015, e 50 nel 2016.
[29]. Come riportato, questi includono fattori endocrini, ovulatori, tubarici e ostruttivi.
[30]. L'infertilità idiopatica differisce dall'infertilità inspiegata, la quale implica che non siano state individuate anomalie nei gameti e/o nel sistema riproduttivo dei genitori intenzionali. Si veda G.L. Schattman, S.C. Esteves e A. Agarwal (a cura di), *Unexplained Infertility: Pathophysiology, Evaluation and Treatment*, Dordrecht, Springer, 2015.

di coppie era stato comunicato di essere affette dal fattore di infertilità summenzionato. Nel 2009, ad esempio, fu diagnosticato a una sola coppia (su 17). Nel corso degli anni, tuttavia, ai pazienti musulmani e ai compagni di soggetti musulmani veniva diagnosticato con frequenza sempre maggiore un fattore idiopatico; a titolo illustrativo, dal 2009 al 2015, la percentuale di aumento era pari a +1.400%.

Per quanto concerne i fattori di infertilità maschile che colpiscono i genitori intenzionali musulmani, era stata registrata una significativa percentuale di aumento (+181,8%) dal 2010 al 2011. Il numero di coppie colpite da tale fattore aumentò fino al 2013, anno in cui iniziò un calo, durato fino al 2015.[31]

In riferimento ai fattori di infertilità femminile, fu registrato un aumento dal 2009 al 2012 (+171,4%) e dal 2013 al 2016 (+36,4%); mentre calarono drasticamente (-42,1%) dal 2012 al 2013. È opportuno notare che, solamente nel 2010, le coppie a cui erano stati diagnosticati fattori di infertilità femminile (48,1%) superarono quelle affette da fattori di infertilità maschile (40,7%).[32]

FIG. 5.4. Fattori di infertilità delle coppie.

Benché tradizionalmente le problematiche di infertilità/sterilità siano connesse alle mogli musulmane,[33] i dati rilevati sul campo indicavano che gli aspiranti padri musulmani erano significativamente affetti da problemi riproduttivi. Nell'arco di un periodo di otto anni, in effetti, il 54% delle coppie con almeno un componente musulmano era colpito da fattori di infertilità maschile. I

31. Dal 2013 a 2015, il calo percentuale è stato pari a -37,1%; dal 2015 al 2016 l'aumento percentuale è stato di +13,6%.
32. Nel medesimo anno, all'11,1% delle coppie veniva diagnosticato un fattore di infertilità idiopatico.
33. Come già osservato sopra, infatti, il *fiqh* attribuisce l'infertilità alle donne. Si veda *supra*, capitoli III e IV.

rimedi tradizionali all'assenza di prole conformi alla *sharīʿah* che implicano cambiamenti nella famiglia nucleare – quali la poliginia oppure il ripudio della moglie infertile – non sarebbero dunque pertinenti in tali situazioni.[34]

Come mostrato dal grafico alla figura 5.4, l'incidenza del fattore idiopatico è in aumento tra le coppie musulmane e i compagni di persone musulmane. Nel 2015, le coppie affette dal fattore idiopatico (29,4%) per la prima volta sono state più numerose di quelle a cui era stato diagnosticato un fattore di infertilità femminile (27,5%). Tale aumento potrebbe anche essere letto quale indice del bisogno pressante di un figlio così come vissuto dai genitori intenzionali musulmani.

In base a quanto precedentemente esaminato nei capitoli III e IV, reti familiari e cerchie sociali possono invero esercitare una notevole pressione sui musulmani senza figli. Tale dinamica si verifica in particolar modo in un contesto migratorio, situazione in cui gli alti livelli di stress possono incidere negativamente sulla fertilità delle coppie itineranti: sebbene non venga identificato alcun fattore di infertilità, i genitori intenzionali devono sottoporsi a una procedura di ART/RMA al fine di concepire.[35]

5. Procedure ed esiti della RMA

I fattori di infertilità naturalmente condizionano sia il tipo di trattamento di RMA cui i medici consigliano la coppia di sottoporsi, sia l'esito del trattamento di fertilità. Per quanto concerne questi due aspetti, i dati riportati dal personale medico-sanitario in un centro medico pubblico di RMA riguardavano 231 pazienti sottopostisi a 380 procedure di RMA di II-III livello – inclusi i cicli con trasferimento di embrioni crioconservati (FER) o di ovociti crioconservati (FOR) – da gennaio 2009 a dicembre 2016[36].

Le cifre relative alle coppie con almeno un componente musulmano sono dettagliate nella tabella 5.6. I dati riportati indicano che, sul totale delle procedure di RMA, il numero di cicli con materiale congelato/scongelato variava dal 3,7% (nel 2009) al 38,2% (nel 2016)[37].

In termini assoluti, tra le coppie con almeno un partner musulmano, i trattamenti FER aumentarono costantemente dal 2009 al 2011, mostrando un incremento annuo rispettivamente del +71,4% e del +116,7%. Dal 2013, il numero complessivo di tali procedure iniziò a diminuire e si registrò un calo globale pari a -53,8%. Nel medesimo periodo, l'ammontare delle procedure cui le coppie con almeno un componente musulmano si erano sottoposte fluttuava da un minimo di 4 (nel 2010 e nel 2015) a un massimo di 9 (nel 2016).

Per quanto concerne l'esito dei trattamenti, su 380 procedure di RMA, si registrarono 177 gravidanze e 66 aborti spontanei nel periodo esaminato. Il tasso di successo del concepimento assistito

---

34. Si veda *supra*, capitolo III, paragrafo 4.2.

35. In merito agli effetti della sofferenza psicologica sull'infertilità (psicosomatica), si veda ad esempio A.M. Brkovich and W.A. Fisher (1998) «Psychological distress and infertility: forty years of research». *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 19, No. 4, 218-228. See also *supra* capitolo IV, paragrafo 5.1.

36. I dettagli concernenti queste tecniche di PMA e la loro disponibilità sul territorio italiano si possono trovare *supra*, capitolo I, paragrafo 4 e capitolo II, paragrafi 3, 5 e 6. In merito all'impatto di tali tecniche sulle spese finanziate pubblicamente per i trattamenti di fertilità, si veda *infra*, paragrafo 7.

37. Per quanto concerne l'uso di ovociti ed embrioni crioconservati in conformità alle disposizioni islamiche, si veda *supra*, capitolo III, paragrafo 7.3.4 e capitolo IV, paragrafo 3.3.

subì una variazione che andava dal 52% nel 2009 al 72,3% nel 2012[38]; mentre il tasso di successo medio era pari al 62,5%.

TAB. 5.6. *Procedure di fertilità ed esiti*

Anno del trattamento di fertilità	N° delle procedure RMA	N° delle procedure FER	N° delle procedure FOR	N° degli aborti spontanei	N° delle gravidanze
2009	19	7	7	2	8
2010	30	12	4	2	16
2011	58	26	5	8	29
2012	65	25	7	16	31
2013	54	21	8	13	23
2014	44	21	6	8	19
2015	55	18	4	11	27
2016	55	12	9	6	24

Considerando il numero di gravidanze ottenute annualmente, il tasso di successo delle procedure di RMA cresceva del +287,5% dal 2009 al 2012.

Il numero delle gravidanze ottenute dalle coppie con almeno un componente musulmano diminuì negli anni 2013, 2014 e 2016[39], ma salì nuovamente nel 2015, con un incremento del +42,1%. Per quanto concerne le interruzioni spontanee di gravidanza, la quantità complessiva degli aborti delle pazienti aumentò notevolmente (+700%) dal 2009 al 2012, e ancora nel 2015 (+37,5%); si ridusse invece dal 2012 al 2014 (-50%), e nel 2016 (-45,5%). Gli andamenti che interessano le coppie con almeno un partner musulmano sono rappresentati graficamente nella figura 5.5.

[38.] È opportuno fare presente che, secondo la prospettiva dei professionisti medico-sanitari che offrono procedure di RMA, il tasso di successo del concepimento assistito tiene conto sia delle interruzioni spontanee di gravidanza così come delle gravidanze.

[39.] I decrementi registrati sono stati, rispettivamente, -25.8%, - 17.4%, e -11.1%.

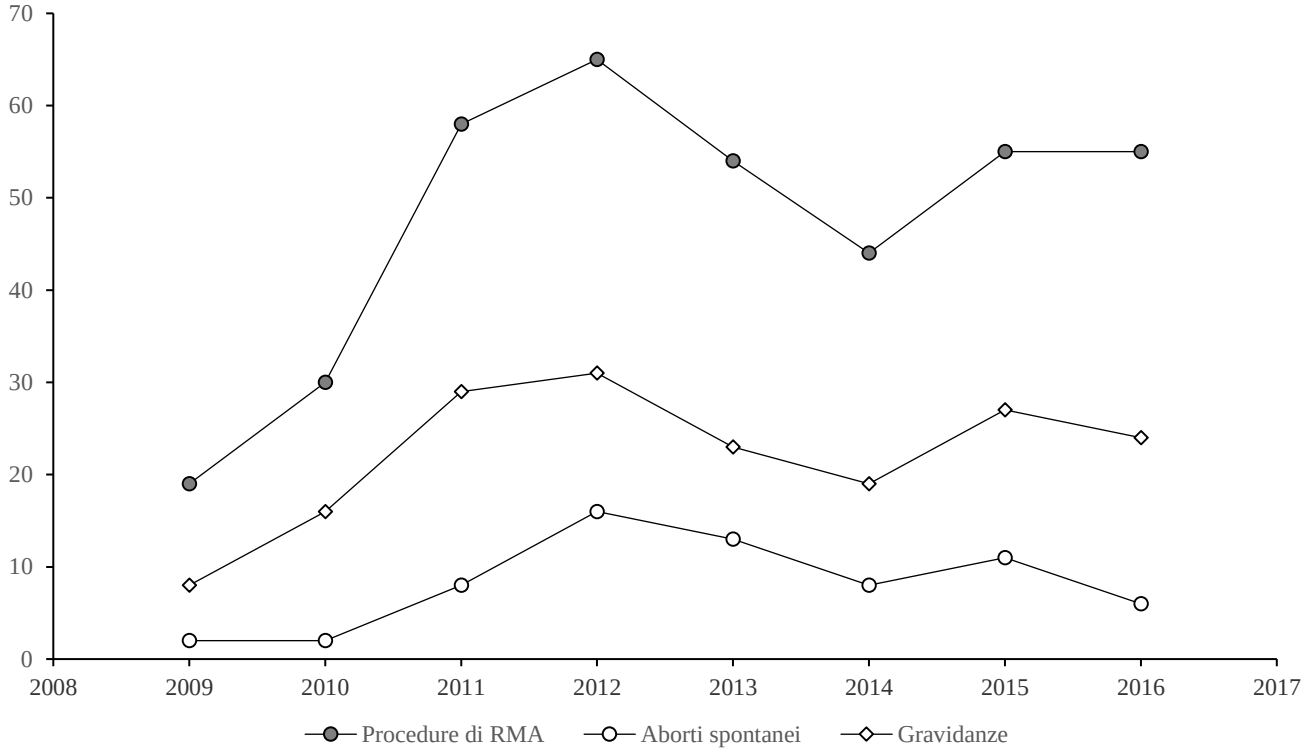

FIG. 5.5. Procedure ed esiti della RMA.

Un ulteriore aspetto interessante è emerso dall'esame della lista completa dei 16.028 futuri pazienti che chiedevano di essere sottoposti a trattamenti di fertilità di I-III livello negli anni 2009-2017 in un centro medico di RMA con sede in un ospedale pubblico a Torino.

I responsabili clinici della medicina riproduttiva dedicano un'attenzione scrupolosa alle gravidanze pregresse e alle procedure di RMA cui i pazienti si sono in precedenza sottoposti; tali informazioni sono infatti riportate nella lista d'attesa per i trattamenti di fertilità, accanto al nome e all'età delle parti. A titolo esemplificativo, dal 22 gennaio 2009 al 9 marzo 2017, questi dettagli erano stati riportati per 147 coppie, di cui 49 comprendevano un soggetto straniero. Prendendo specificamente in considerazione le coppie con almeno un partner straniero, il 23% aveva dichiarato di avere avuto in precedenza gravidanze con esito positivo, mentre per il 28,6% erano riportati trattamenti di RMA oppure gravidanze antecedenti[40].

Le coppie con almeno un componente straniero e, tra queste, le coppie con almeno un partner musulmano o una musulmana mostrano una percentuale più alta di gravidanze problematiche pregresse, quali gravidanze extrauterine o patologiche e aborti spontanei[41]. Nella lista esaminata, ad esempio, su 17 pazienti donne, per tre musulmane erano segnalate una gravidanza extrauterina oppure

[40.] Secondo le informazioni dettagliate nella sezione intitolata «Note», per 7.919 coppie di pazienti, dal 22 gennaio 2009 al 9 marzo 2017, su 19 gravidanze pregresse registrate, 4 concernevano cittadini stranieri (21%) e 3 musulmani (15%). In base ai dati elencati sotto l'intestazione «Note sulla PMA», per 592 coppie di pazienti, dal 10 marzo 2015 al 1° giugno 2016, su 76 gravidanze pregresse registrate, 19 riguardavano pazienti stranieri (25%) e 4 pazienti musulmani (5,3%).

[41.] Per un approfondimento in merito alla prospettiva islamica riguardo ad interruzione di gravidanza e aborti spontanei, si veda *supra*, capitolo III, paragrafo 7.3.3 e capitolo IV, paragrafo 3.3.

un'interruzione spontanea di gravidanza; per il 40% delle pazienti musulmane erano state inoltre documentate gravidanze biochimiche[42].

I dati riportati sono in linea con studi che rivelano che, rispetto alle donne autoctone, per le donne incinte con un trascorso migratorio presenti in Europa, il rischio di partorire prole nata morta o affetta da anomalie congenite è maggiore[43]. Cure prenatali e perinatali (compreso lo *screening* prenatale per le anomalie congenite) sono quindi altamente consigliate alla popolazione straniera[44], così come l'alfabetizzazione sanitaria (in inglese *health literacy*) sia per i medici, sia per gli aspiranti genitori. Sarebbe inoltre opportuno prestare particolare attenzione alla consuetudinaria parentela di sangue tra i genitori intenzionali musulmani, poiché la consanguineità è da annoverare tra i fattori che aumentano il rischio di interruzioni spontanee di gravidanza e anomalie congenite[45].

6. Trattamenti eterologhi (non) conformi alla sharīʿah

Nel mondo musulmano, il tema dei trattamenti eterologhi è uno degli argomenti più dibattuti riguardo alle tecniche di TRA[46]. Come precedentemente illustrato, dal 2004 al 2014, le procedure di RMA con terze parti erano proibite sul territorio italiano. Pertanto, attualmente si conta un numero limitato di cliniche che offrono tali trattamenti in Italia [47]; questa cifra è tuttavia in crescita e, nel 2015, venivano ormai riportati ufficialmente 2.800 cicli di fertilità con donatori[48].

Il fatto che i trattamenti di PMA eterologa siano ora legalmente possibili sul territorio nazionale non dovrebbe essere sopravvalutato, secondo l'opinione rilasciata da uno psicologo durante un'intervista. Nel caso di procedure di fertilità con l'apporto di donatori, le questioni più controverse sono connesse a dinamiche di potere nella coppia, segreto e tabù. In merito al primo aspetto, il soggetto intervistato spiegava che i trattamenti di PMA eterologa comportano un «percorso irreversibile» e che talvolta la coppia sottovaluta il ruolo giocato dai gameti femminili o maschili donati. Il coinvolgimento di terzi può infatti condurre a relazioni asimmetriche all'interno della coppia dal punto di vista dell'affettività e del potere. Fino a tre anni fa, inoltre, i pazienti «avvertivano lo stigma sociale per essersi sottoposti a una procedura illegale. Alcuni avevano la sensazione di comprare un bambino; altri

---

42. Per quattro donne musulmane su dieci sono state riportate gravidanze biochimiche.

43. Si veda ad esempio A.M.N. Andersen, A. Gundlund e S.F. Villadsen, *Stillbirth and congenital anomalies in migrants in Europe*, in «Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology», 32, 2016, pp. 50-59.

44. La DGP riduce infatti il tasso di aborti spontanei nelle pazienti che abbiano subito reiterate interruzioni spontanee di gravidanza. Si veda S. Munné *et al.*, *Preimplantation genetic diagnosis reduces pregnancy loss in women aged 35 years and older with a history of recurrent miscarriages*, in «Fertility and Sterility», 84, 2, 2005, pp. 331-335.

45. In merito ai genitori intenzionali consanguinei che si sottopongono a trattamenti di PMA, si veda *supra*, capitolo IV, paragrafo 4.2.1.

46. Un'ulteriore delucidazione in merito ai temi trattati nel presente paragrafo si può trovare *supra*, nei capitoli III e IV.

47. Si veda *supra*, capitolo II. La Conferenza delle Regioni e delle Province autonome, nell'elencare in dettaglio i requisiti che i centri autorizzati dall'ISS devono soddisfare e le caratteristiche fisiche e mentali dei donatori, ha inoltre individuato una lista di quattro centri autorizzati a eseguire trattamenti di fertilità eterologhi. Si veda Rep. 14/09/CR02/C7SAN e Deliberazione della Giunta Regionale 15 settembre 2014, n° 12-311.

48. Si veda Ministero della Salute, *Relazione del Ministro della Salute al Parlamento sullo stato di attuazione della legge contenente norme in materia di procreazione medicalmente assistita (Legge 19 febbraio 2004 n° 40, articolo 15). Attività anno 2015 centri procreazione medicalmente assistita. Utilizzo dei finanziamenti (artt. 2 e 18) anno 2016*, alle pp. 7-10.

si sentivano parte di un processo di mercificazione». Pazienti musulmani e non musulmani provavano allo stesso modo questo «senso di colpa», oltre a una sorta di trasgressione sessuale simbolica[49].

In effetti, adottando il punto di vista dell'*islām*, i trattamenti di fertilità con il coinvolgimento di terze parti sotto forma di gameti maschili/femminili, nonché di utero e/o embrione messi a disposizione da donatori, possono rivelarsi estremamente problematici. Mentre alcuni dotti sciiti consentono la donazione da parte di terzi, i giurisperiti sunniti vietano agli aspiranti genitori musulmani di sottoporsi a cicli di fertilità eterologhi. In realtà, le figure religiose locali hanno tuttavia ammesso che i genitori intenzionali musulmani sunniti avrebbero comunque potuto sottoporsi a tali trattamenti, senza rivelare la propria scelta di genitorialità né alla comunità locale, né alla famiglia allargata.

Alle domande concernenti le suddette tipologie di procedure di PMA, i prestatori di assistenza sanitaria locali rispondevano manifestando una discreta familiarità con le disposizioni islamiche in merito alla pianificazione familiare[50]. A titolo illustrativo, uno specialista di fecondazione in vitro esprimeva le proprie percezioni dei pazienti musulmani come segue: «Quando viene fuori questo, un musulmano non ritorna mai [per sottoporsi a un ciclo eterologo]: mi dicono che per loro è più facile cambiare moglie!». Similmente, altri medici intervistati esprimevano la propria consapevolezza che gli aspiranti genitori musulmani potessero ricorrere a ulteriori rimedi all'assenza di prole conformi alla *sharīʿah*[51]. Un medico, ad esempio, dichiarava: «Possono sposare un'altra donna, no? Quindi esistono delle opzioni alternative, per lo meno, per gli uomini [musulmani]».

In realtà, i pazienti musulmani possono effettivamente sottoporsi a procedure di RMA e questo accade nonostante i trattamenti di fertilità con il contributo di terzi siano condannati da alcuni insegnamenti islamici[52]. A seconda delle percezioni individuali delle disposizioni islamiche, tali metodi possono essere considerati un'opzione praticabile oppure l'ultima possibilità, analogamente a quanto avviene per l'adozione[53]. In questo caso, i genitori intenzionali musulmani possono addirittura ricorrere al turismo procreativo. Riportando le parole di uno specialista di fecondazione in vitro:

> I miei colleghi dai paesi islamici mi dicono che se serve una procedura eterologa, allora la coppia va in Europa, in Spagna, per esempio. Lontano dagli occhi, lontano dal cuore… Distante dalle loro famiglie, la coppia fa ciò che è necessario!

---

[49]. In merito ad asimmetriche relazioni affettive e di potere nelle coppie, si veda Bydlowski, *Les enfants du désir*, Paris, Editions Odile Jacob, 2008, e M. Vigneri, *I bambini che vengono dal freddo. Sulla donna infertile e le nuove frontiere procreative*, in «Rivista di Psicoanalisi», LVII, 1, gennaio-marzo 2011, pp. 117-145. Le dinamiche tra gli aspiranti genitori infertili sono compromesse in modo ancor più significativo nel mondo musulmano. Tremayne osserva, ad esempio, che a causa della «trasgressione sessuale simbolica» avvertita dagli uomini musulmani infertili le cui mogli abbiano fatto affidamento sul seme di donatori, i figli concepiti grazie a gameti di terze parti possono diventare «uno strumento per esercitare il controllo sulle donne da parte dei componenti maschili della famiglia allargata». Si veda Tremayne, *The «Down Side» of Gamete Donation: Challenging «Happy Family» Rhetoric in Iran*, in M.C. Inhorn e S. Tremayne (a cura di.), *Islam and Assisted Reproductive Technologies: Sunni and Shia Perspectives*, New York, Oxford, Berghahn, pp. 130-156, alle pp. 149-150.

[50]. Come raccomandato da alcuni dotti islamici nel corso delle interviste; si veda *supra*, capitolo III, paragrafo 7.2.

[51]. Tali opzioni sono affrontate nel capitolo III, sottosezioni del paragrafo 4.

[52]. Si veda *supra*, capitolo III, sottosezioni del paragrafo 6. Si veda anche capitolo IV, paragrafi 4.2.1 e 5.1.

[53]. Si veda *supra*, capitolo IV, paragrafo 5.2.

Un altro medico spiegava ulteriormente: «Le ho eseguite [ossia le procedure di RMA eterologa] all'estero sin dal 1989; dal 2002, in Ucraina. Per pazienti musulmani e non»[54]. Quando gli veniva posto un quesito specifico relativamente ai pazienti musulmani, l'intervistato forniva inoltre un resoconto dei casi illustrati nella tabella 5.7.

TAB. 5.7. *Aspiranti genitori musulmani sottopostisi a procedure di RMA in una clinica privata*

Nazionalità delle pazienti musulmane	Nazionalità dei pazienti musulmani	Fattore di infertilità	Gameti del donatore
Algeria	Algeria	Femminile	Femminili
Marocco	Marocco	Femminile	Femminili

Trattamenti di fertilità eterologhi venivano quindi erogati, da un medico italiano, in un altro paese europeo, a due coppie musulmane sunnite; in entrambi i casi, le procedure richiedevano l'utilizzo di ovociti donati da un'altra donna. Secondo quanto riferito dal direttore del centro, l'esito fu alquanto differente: i coniugi marocchini concepirono un bambino, mentre la procedura di RMA non andò a buon fine per la coppia algerina. Quest'ultima non si sottopose a una nuova procedura eterologa, ma il professionista medico-sanitario dichiarava che «avrebbero potuto cambiare di nuovo idea e richiedere un altro trattamento in futuro. Spesso ci sono delle questioni economiche, quindi… magari ritardi un po' la cosa».

Le storie di due coppie musulmane albanesi sottopostesi a procedure eterologhe venivano invece narrate dallo psicologo che gli aspiranti genitori avevano incontrato in un'altra clinica della fertilità privata torinese. Nel primo caso, la procedura includeva la donazione di gameti maschili. La coppia non sollevò alcun problema di natura etica, morale o religiosa, come sottolineato dal soggetto intervistato. Nel secondo caso, la procedura di RMA prevedeva la donazione di embrioni; entrambi i coniugi accolsero favorevolmente questa soluzione. Il medico riportava quanto dichiarato dai pazienti: «Ora abbiamo tutto quanto, questa [un figlio] era l'unica cosa che mancava!».

I dati empirici raccolti ed esaminati hanno pertanto rivelato che i genitori intenzionali musulmani che vivono a Torino possono in effetti optare per procedure di RMA con il coinvolgimento di terze parti. In alcuni casi, i pazienti musulmani non erano preoccupati (o non esprimevano tale preoccupazione) dal potenziale stigma sociale, psicologico e religioso che avrebbe potuto essere associato a questo tipo di trattamento di fertilità. In altri casi, i pazienti musulmani erano consapevoli che i metodi di fecondazione eterologa non fossero (potenzialmente) conformi alla *sharīʿah*. Di

[54] Come precedentemente esaminato nel capitolo II, paragrafo 4.

conseguenza, nel sottoporsi a trattamenti eterologhi, decidevano di non rivelare questo «segreto taciuto» alle proprie famiglie allargate e alle comunità locali[55].

Indipendentemente dalle situazioni peculiari sopra illustrate, al fine di valutare la dimensione numerica dei musulmani che ricorrono a procedure di fecondazione eterologa, occorre affidarsi a dati quantitativi. In merito a tale argomento, il direttore di una clinica della fertilità privata locale erogante trattamenti sia omologhi sia eterologhi gentilmente forniva alcuni dati statistici. Il medico dichiarava che nel 2016, su 351 coppie, 150 intrapresero una procedura di RMA eterologa nella struttura; di queste, 130 avevano richiesto l'impiego di ovociti da parte di donatrici. Tra i pazienti summenzionati, potevano essere contate undici coppie musulmane. Altrimenti detto, nell'anno preso in esame, l'8,5% dei pazienti del centro medico sottopostisi a trattamenti di fertilità con donatori era musulmano. La tabella 5.8 illustra nel dettaglio le nazionalità e i trattamenti intrapresi.

TAB. 5.8. *Aspiranti genitori musulmani e procedure di RMA con il contributo di terze parti*

Nazionalità delle pazienti musulmane	Nazionalità dei pazienti musulmani	Fattore di infertilità	Gameti del donatore
Albania	Albania	Femminile/Maschile	Femminili/Maschili
Albania	Albania	Maschile	-
Albania	Italia	Femminile	Femminili
Albania	Italia	Maschile	-
Bangladesh	Bangladesh	Femminile	Femminili
Marocco	Marocco	Femminile	-
Marocco	Italia	Femminile	Femminili
Senegal	Senegal	Femminile	Femminili
Siria	Siria	Maschile	-
Tunisia	Italia	Femminile	-
Turchia	Turchia	Maschile	Maschili

[55]. Per ulteriori dettagli in merito a queste dinamiche che incidono sulla famiglia nucleare e sulla parentela allargata, si veda *supra*, capitolo IV, paragrafo 6.

I dati rilevati sul campo sopra riportati indicano che le coppie musulmane sarebbero più propense ad accettare trattamenti con donazione di gameti femminili, piuttosto che maschili[56]. In effetti, quando a cinque coppie su undici vennero diagnosticati fattori di infertilità maschile, tre coppie non si sottoponevano ad alcun trattamento eterologo nel centro, due invece intraprendevano un ciclo eterologo. Le coppie sottopostesi al trattamento includevano pazienti albanesi e turchi che facevano parte di matrimoni endogamici[57]. I genitori intenzionali albanesi avevano usufruito anche della donazione di gameti femminili.

Esaminando le coppie colpite dal fattore d'infertilità femminile, emergeva che soltanto due coppie su sette non avevano intrapreso un percorso di RMA con il contributo di terze parti che prevedesse la donazione di ovociti. In entrambi i casi, lo specialista intervistato supponeva che la decisione dei pazienti fosse condizionata da questioni di ordine economico[58]. La prerogativa del trattamento (potenzialmente) non conforme al diritto islamico non era stata infatti menzionata dai pazienti musulmani, secondo quanto riportato dal medico durante le interviste. In realtà, rispondendo a domande concernenti le problematiche di ordine etico sollevate dai pazienti musulmani, un professionista medico-sanitario dichiarava quanto segue

> una volta che vengono qui [alla clinica della fertilità], la maggior parte, almeno, ha già deciso – intendo dire – che vogliono un trattamento. Qualsiasi speculazione etica è già stata affrontata, probabilmente, prima di prenotare l'appuntamento… o comunque non viene qui palesata[59].

Per quanto concerne le nazionalità dei pazienti qui presi in esame, i quali si sono rivolti a centri locali eroganti trattamenti eterologhi, i genitori intenzionali sopracitati che hanno rinunciato alle procedure di RMA erano identificati con una donna tunisina coniugata con un uomo italiano e due coniugi marocchini. Una coppia esogamica albanese-italiana e tre coppie composte da albanesi, bangladesi e senegalesi sposati endogamicamente avevano invece optato per una procedura che comportava l'uso di gameti femminili donati.

Secondo quanto espresso con apprensione dai giurisperiti islamici locali[60], i trattamenti eterologhi possono quindi essere scelti da coppie composte da uno o due musulmani aspiranti genitori, benché tale rimedio all'assenza involontaria di prole sia considerato una soluzione non conforme alla *sharīʿah* secondo le interpretazioni musulmane sunnite.

7. Cicli di fertilità: costi e benefici

Per quanto concerne i cicli di RMA, emergeva uno scenario interessante. In base a quanto accennato sopra, la maggior parte dei trattamenti di fertilità a Torino sono eseguiti in cliniche pubbliche

[56]. In merito alla donazione di gameti maschili, si veda *supra*, capitolo III, paragrafo 6.2.
[57]. In merito a tale aspetto, si veda *supra*, paragrafo 3.
[58]. In riferimento ai costi di tali trattamenti di fertilità, si veda *infra*, paragrafo 7.
[59]. Si veda anche *supra*, capitolo IV, paragrafo 2.1.
[60]. Si veda *supra*, capitolo III, paragrafi 6 e 7.1.

oppure convenzionate con il SSN[61]. Di conseguenza, localmente, il numero di pazienti che possono usufruire di trattamenti di fertilità convenzionati con il SSN è più elevato. Tra questi, gli stranieri sono spesso identificabili quali pazienti aventi diritto a esenzioni (totali) dalle spese sanitarie[62]. A dire il vero, in aggiunta ai trattamenti convenzionati con il SSN, diversi gruppi di pazienti residenti in Piemonte possono beneficiare di ulteriori esenzioni dalla partecipazione alla spesa. Ciò comporta che, a livello locale, una paziente possa sottoporsi fino a tre cicli completi di RMA[63] (parzialmente/totalmente) finanziati pubblicamente, qualora rientri nel limite di età di 43 anni fissato per l'aspirante madre[64].

Secondo quanto confermato dai dati rilevati sul campo, nelle cliniche della fertilità pubbliche, le esenzioni dalle spese sono generalmente concesse a un vasto numero di pazienti musulmani. Un andrologo, ad esempio, dichiarava che «soltanto il 10% dei miei pazienti paga». In un centro di RMA con sede in un ospedale pubblico, uno specialista di fecondazione in vitro spiegava inoltre che «i musulmani sono numerosi per due ragioni: la situazione economica di un paziente che si rivolge a un ospedale pubblico e l'esenzione totale dalle spese». Questo argomento veniva peraltro confermato dalla dichiarazione rilasciata dal direttore di una struttura privata, il quale chiariva che «le famiglie islamiche vengono da noi... c'è una selezione in base al reddito: non possono permettersi cure private». Occorre pertanto analizzare ulteriormente la dimensione quantitativa di tale fenomeno.

Tra il materiale fornito da una clinica della fertilità con sede in un ospedale pubblico, vennero rese disponibili informazioni quantitative concernenti esenzioni dalla partecipazione alla spesa per 239 coppie con almeno un paziente musulmano[65]. Tra i pazienti sottopostisi a procedure di PMA nel suddetto centro per la fertilità torinese tra gennaio 2009 e dicembre 2015, il 75,8% (ossia 181 coppie) aveva beneficiato di esenzioni dalle spese sanitarie. Ulteriori particolari sono forniti nella tabella 5.9, in cui il numero dei pazienti che avevano usufruito dell'esenzione dal ticket sono suddivisi in base all'ASL di competenza[66].

---

61. Si veda *supra*, paragrafo 2, nonché capitolo II, paragrafo 6.

62. Come illustrato in dettaglio *supra*, nel capitolo II, quando i pazienti si affidano ad enti connessi alle strutture del servizio sanitario nazionale (SSN), partecipano al costo di procedure diagnostiche, visite specialistiche e farmaci tramite il cosiddetto «ticket».

63. In merito ai limiti di età delle pazienti e alle differenze a livello regionale, si veda *supra*, capitolo II. Si veda anche *supra*, paragrafo 4.

64. Un ciclo di RMA completo prevede la stimolazione ormonale, il prelievo degli ovociti e il trasferimento degli embrioni – come specificato dagli specialisti di fecondazione in vitro nel corso delle interviste. Qualora le procedure di PMA non vengano completate (ad esempio, gli ovociti non siano infine fecondati), le pazienti possono iniziare una nuova fase del trattamento di fertilità e questa seconda procedura rientra nel medesimo ciclo di RMA finanziato pubblicamente fino a che le fasi sopracitate non vengano portate a termine. Di conseguenza, nel caso di procedure FER/FOR, le coppie hanno il diritto di richiedere più di un impianto dei loro stessi embrioni quale parte dello stesso ciclo di RMA finanziato pubblicamente. Si veda anche *supra*, paragrafo 5.

65. Le tipologie di esenzione più spesso registrate sono le seguenti tre: E02, E05 e Farm. Quest'ultima si riferisce ai farmaci; E02 riguarda sia i pazienti disoccupati sia i membri delle loro famiglie; E05 concerne le famiglie a basso reddito.

66. L'acronimo ASL indica un'azienda sanitaria locale. Si veda *supra*, capitolo II, paragrafo 6.

TAB. 5.9. *Pazienti locali, esenzioni dalle spese sanitarie e ASL*

ASL di competenza dei pazienti	N° di coppie esentate dalle spese	N° di coppie con almeno un componente musulmano	N° di trattamenti di fertilità
Alessandria	9	9	10
Aosta	-	1	1
Asti	9	15	32
Bari	1	1	1
Biella	15	17	30
Brescia	-	1	1
Cuneo	11	13	23
Imperia	-	1	2
Rimini	-	1	3
Siracusa	-	1	1
Torino	132	174	266
Vercelli	4	5	8

Le cifre riportate indicano che il bacino d'utenza del centro per la fertilità con sede in un ospedale pubblico a Torino è ampio e comprende diverse aziende sanitarie locali (ASL), nonché città dell'Italia meridionale. In particolare, i dati rilevati sul campo hanno rivelato che i pazienti provenienti da due città italiane – Alessandria e Bari – si erano sottoposti a un totale di undici cicli di RMA (parzialmente/completamente) gratuiti a Torino nel periodo preso in esame. Esenzioni dalle spese erano state garantite anche, in varie percentuali, a pazienti la cui ASL di competenza si trovava in altre città piemontesi, più precisamente a Biella (88,2%), Cuneo (84,6%), Vercelli (80%), e Asti (60%).

Per quanto concerne la città di Torino, il 75,9% delle coppie con almeno un paziente musulmano sottopostesi a procedure di RMA era stato esentato dal pagamento (per intero) delle spese sanitarie. La tabella 5.10 mostra ulteriori dettagli in riferimento alle ASL di Torino.

TAB. 5.10. *Esenzioni dalle spese sanitarie dei pazienti a Torino*

ASL di competenza dei pazienti		N° di coppie esentate dalle spese	N° di coppie con almeno un componente musulmano	N° di trattamenti di fertilità
Torino	TO 1	25	31	54
	TO 2	55	71	110
	TO 3	24	25	37
	TO 4	12	27	29
	TO 5	16	20	36

Diverse esenzioni dalle spese sanitarie erano quindi state concesse ai pazienti di TRA provenienti da diverse ASL torinesi. A titolo esemplificativo, il 96% delle coppie con almeno un musulmano la cui ASL di competenza era TO3 aveva beneficiato delle esenzioni (parziali/totali) dalla partecipazione alla spesa; le percentuali per TO1e TO5 erano rispettivamente l'80,6% e l'80%, e le cifre scendevano scese al 77,5% per TO2 e al 44,4% per TO4. Questo implica che, su 266 procedure di RMA, circa 202 erano esentate. Complessivamente, su 378 cicli di fertilità erogati da un centro di PMA pubblico torinese, il costo del 75,3% delle procedure di RMA è stato sostenuto dal servizio sanitario nazionale e dai fondi regionali[67].

Secondo quanto sopra affermato e come rivelato dai dati empirici quantitativi e qualitativi, a livello locale, i pazienti musulmani tendono a rientrare nelle categorie esentate dal pagamento (per intero) del costo dei ticket sanitari. Questo è dovuto principalmente alla disoccupazione o al basso reddito annuo lordo dei musulmani (migranti) residenti localmente. I cicli di fertilità possono essere pertanto pressoché gratuiti nel caso in cui i pazienti beneficino di esenzioni totali dalle spese sanitarie e si rechino in cliniche della fertilità pubbliche o convenzionate con il SSN.

Il vantaggio economico descritto potrebbe anche spiegare la ragione per cui i trattamenti di RMA siano sempre più diffusi localmente tra i musulmani. Oltretutto, poiché secondo le statistiche le donne musulmane tendono a essere più giovani rispetto alle donne non musulmane che si sottopongono a cicli di fertilità, altri due aspetti assumono rilievo. In primo luogo, è più probabile che l'esito dei trattamenti di fertilità sia positivo[68]. In secondo luogo, data la più giovane età delle pazienti musulmane, è più probabile che esse si sottopongano a tre cicli completi di RMA finanziati pubblicamente, entro il limite dei 43 anni di età.

[67]. Ulteriori dettagli concernenti i centri di PMA torinesi e il numero di cicli di inseminazioni eseguiti su base annua, si veda *supra*, capitolo II, paragrafo 6.
[68]. Si veda *supra*, paragrafo 5.

Per quanto attiene al costo di un ciclo completo di fertilità, è necessario fare riferimento a ulteriori dati. Più precisamente, in ottemperanza alle leggi italiane, i medici che offrono ed erogano trattamenti di fertilità sono tenuti a prospettare e indicare con chiarezza il costo di ciascun ciclo di RMA prima che i pazienti si sottopongano a qualunque trattamento[69]. Le indagini empiriche hanno rivelato che il costo di ciascun ciclo di fertilità varia notevolmente nell'area geografica presa in esame. Nelle cliniche pubbliche, le spese sanitarie ammontano a 900/1.000 euro, a meno che il paziente abbia diritto a esenzioni dalle spese sanitarie, come precedentemente precisato. Nelle cliniche convenzionate con il SSN, un ciclo completo di fecondazione in vitro costa fino a 1.200/1.500 euro, in conformità alle disposizioni regionali; qualora la madre intenzionale abbia superato i 43 anni, la spesa ammonta a più del doppio, raggiungendo i 3.000-3.500 euro circa[70].

I tariffari dei centri di fertilità privati sono sensibilmente più alti rispetto a quelli sopra riportati. A titolo illustrativo, di regola si calcolano circa 3.900/4.000 euro per un ciclo completo di fecondazione in vitro. Nel caso di trattamenti di PMA eterologhi, esistono due opzioni. Se si effettua la procedura all'estero con un medico italiano, il costo ammonta a 6.000 euro (comprese le spese di viaggio). Se la procedura viene portata a termine in Italia utilizzando gameti di donatori, i prezzi stimati sono di 1.200 euro per il seme di terzi, e di 8.000 euro per gli ovociti di terze parti. Tali somme vanno aggiunte alle spese per la procedura di fecondazione in vitro; di conseguenza, l'importo finale per un ciclo di RMA con il contributo di donatori oscilla tra i 5.200 e i 12.000 euro a Torino.

Alcune strategie correttive nei confronti dei prezzi summenzionati venivano talvolta elaborate dagli aspiranti genitori (musulmani), in particolare quando, pur trovandosi in difficoltà finanziarie, non avessero diritto a esenzioni dalle spese. Secondo quanto rivelato dalle indagini empiriche, alcune cliniche private locali segnalavano due fenomeni in aumento. Si è infatti notato che la crisi economica e finanziaria provocava il diffondersi di insoluti nei pagamenti delle terapie e di negoziazioni sul prezzo[71]. A titolo esemplificativo, il direttore di un centro dichiarava: «Sono arabi, gli piace! Si siedono e iniziano a contrattare… chiedono sempre uno sconto!». Le situazioni descritte sono tuttavia relativamente diversificate. In effetti, il direttore di un'altra clinica privata asseriva che tra i pazienti musulmani del centro si annoverano solitamente «uomini regolarmente residenti, che essendo assunti, possono pagare i trattamenti». Scenari piuttosto variegati venivano quindi descritti dai soggetti intervistati nel corso della ricerca anche per quanto concerne le risorse economiche (potenzialmente) limitate dei genitori intenzionali. In ogni caso, il costo delle procedure di RMA incide notevolmente sulla possibilità delle coppie di sottoporsi a più di un ciclo completo.

8. Trattamenti di fertilità e liste d'attesa dei pazienti

L'evidenza empirica raccolta indicava che un costo più elevato dei cicli di fertilità tende a coincidere con una lista d'attesa dei pazienti più breve - ossia una lista di pazienti autorizzati a ricevere

69. Come chiarito *supra*, nel capitolo II, paragrafo 2.
70. Per ulteriori dettagli in merito ai limiti d'età e al sistema sanitario italiano su base regionale, si veda *supra*, capitolo II. Per quanto concerne il graduale aumento dell'età delle madri intenzionali musulmane, si veda anche *supra*, paragrafo 4.
71. Si veda *supra*, capitolo I, paragrafo 3.

i trattamenti dopo essere stati indirizzati alla clinica della fertilità da uno specialista, quale un ginecologo oppure un andrologo. Il presente paragrafo esamina pertanto le liste d'attesa dei pazienti delle cliniche della fertilità locali, identificando al contempo le specificità che caratterizzano i genitori intenzionali musulmani.

A titolo illustrativo, molti centri di TRA/PMA privati asserivano di non avere una lista d'attesa dei pazienti. Non appena gli aspiranti genitori si sottoponevano alle visite mediche e agli esami necessari, iniziavano i trattamenti di fertilità. In un paio di mesi, un ciclo completo di RMA veniva concluso e, qualora non fosse andato a buon fine, «possono iniziarne un altro immediatamente» – come dichiarato dal direttore di un centro di PMA privato. Nelle cliniche della fertilità convenzionate con il SSN, la lista d'attesa è di 3/4 mesi; il personale amministrativo ha però confermato che le donne vicine al limite di 43 anni di età possono essere agevolate.

Le tempistiche nei centri di RMA pubblici sono molto diverse rispetto a quelle delle cliniche summenzionate. In una clinica della fertilità pubblica, ad esempio, i pazienti devono attendere 6/8 mesi prima di sottoporsi a una visita specialistica (ad esempio, un appuntamento con un ginecologo o un andrologo) che attesti le difficoltà procreative della coppia[72]. Qualora lo specialista consigli un trattamento di fertilità, i nomi dei pazienti vengono quindi aggiunti alla lista d'attesa per la procedura di RMA omologa; a questo punto, il primo appuntamento clinico della coppia è fissato normalmente entro 12/15 mesi. Alcune coppie possono dunque aspettare fino a due anni prima di iniziare un ciclo di RMA finanziato pubblicamente a Torino.

A ragione di queste lunghe attese, i pazienti possono enfatizzare il tempo già trascorso nel fallito tentativo di concepire un figlio, così da accelerare la procedura, rivolgendosi contemporaneamente a più centri di RMA nella stessa città o regione. Secondo quanto emerso dai dati rilevati sul campo, alcune donne musulmane recentemente ricongiunte ai propri mariti possono invero affermare di non essere riuscite a concepire sin dal momento delle nozze[73]. In un significativo numero di casi, tuttavia, queste donne si erano solo di recente trasferite in Italia, ottenendo un visto in quanto coniugi. In precedenza, le mogli vivevano nei paesi di origine, mentre i mariti si erano stabiliti in Italia. Colpite da quella che può essere definita una «temporanea infertilità logistica», le coppie summenzionate potrebbero essere incluse nella lista d'attesa dei pazienti. Tuttavia, nel momento in cui vengono contattati dal personale ospedaliero per iniziare il ciclo di TRA, i genitori intenzionali potrebbero dichiarare di non essere più interessati a intraprendere alcun ciclo di fertilità (perché la moglie è già gravidanza) oppure chiedere di essere posti al fondo della lista (nel caso di infertilità secondaria). Nel frattempo, infatti, potrebbe essere sopraggiunta una gravidanza. Tale consuetudine può spiegare le numerose cancellazioni dalle liste, come di seguito analizzato.

La lista d'attesa dei pazienti di una clinica della fertilità pubblica veniva attentamente esaminata dall'autore al fine di rilevare dati salienti concernenti i genitori intenzionali musulmani e i loro

---

[72.] La definizione clinica di infertilità è la seguente: «una patologia del sistema riproduttivo caratterizzata dall'incapacità di generare una gravidanza clinica dopo 12 o più mesi di regolari rapporti sessuali non protetti» come riportato da Zegers-Hochschild *et al.* Si veda F. Zegers-Hochschild *et al., nternational Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technology (ICMART), and the World Health Organization (WHO), revised glossary of ART terminology, 2009*, in «Fertility and Sterility», 92, 5, 2009, pp. 1520-1524, a p. 1522; e Iid., *International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technology (ICMART), and the World Health Organization (WHO), revised glossary of ART terminology, 2009*, in «Human Reproduction», 24, 11, 2009, pp. 2683-2687, a p. 2686.

[73.] Per ulteriori approfondimenti, si veda *supra*, capitolo IV, paragrafo 6.

compagni. Particolare attenzione veniva prestata ad alcuni aspetti specifici. In primo luogo, è stata indagata a fondo la percentuale dei pazienti, i quali sceglievano infine di non sottoporsi ad alcun ciclo di RMA precedentemente prenotato. In secondo luogo, è stata operata una distinzione tra i pazienti che avevano rinunciato a qualunque trattamento di fertilità e quelli che chiedevano di essere reinseriti in fondo alla lista d'attesa. In terzo luogo, sono state accuratamente analizzate le motivazioni che giustificavano le richieste avanzate da tali pazienti.

Per quanto concerne il primo aspetto, i dati rilevati sul campo, come forniti ed esaminati, indicavano che un considerevole numero di coppie, le quali avevano iniziato la procedura e richiesto di essere inserite nella lista d'attesa, era infine stato cancellato dal registro dei trattamenti di RMA da effettuare.[74]. In alcuni casi, una volta contattati, i genitori intenzionali avevano chiesto di essere rimossi dalla lista. In altri, gli impiegati amministrativi del centro per la fertilità avevano eliminato i dati identificativi dei pazienti dalla lista. In particolare, prendendo in considerazione la giustificazione dei pazienti, così come registrata dal personale amministrativo, emergeva che il 63,7% delle coppie contattate aveva affermato di non essere più interessato a sottoporsi a un ciclo di RMA[75]. Un numero inferiore – il 33,3% delle coppie contattate – dichiarava invece che al loro problema di fertilità «era già stato risolto». Le tre situazioni più frequentemente riportate erano le seguenti: i soggetti si erano già sottoposti a trattamenti presso la medesima clinica della fertilità (in caso di diverso trattamento, ad esempio, una procedura di RMA di I livello); i pazienti erano seguiti in un altro centro; la moglie era già in gravidanza (in alcuni casi, a seguito di un ciclo di RMA). Alcune di queste coppie richiedevano di spostare i loro nominativi in fondo alla lista, come ulteriormente chiarito di seguito.

Per quanto concerne le coppie con almeno un componente straniero e/o musulmano, il 23% veniva rimosso dalla lista poiché i pazienti avevano dichiarato di non essere più interessati a sottoporsi a cicli di RMA presso il centro, mentre il 10% riferiva una gravidanza in corso oppure trattamenti di fertilità già avviati. Esaminando con attenzione i dati disponibili, emerge un ulteriore aspetto, ossia che venivano normalmente riportate informazioni meno dettagliate concernenti i pazienti stranieri. Le ragioni di questa condotta sono probabilmente da ricondursi alla barriera linguistica, elemento che diventa ancor più rilevante durante le conversazioni telefoniche, secondo quanto ulteriormente confermato dalle osservazioni etnografiche condotte dall'autore[76].

Il rinvio del primo appuntamento si configura come una richiesta avanzata principalmente dai pazienti stranieri. Come sottolineato dai membri dell'organico amministrativo, spesso veniva addotta una serie di ragioni. Alcune concernevano aspetti connessi alla migrazione, quali viaggi di lavoro o visite alla famiglia allargata nel paese d'origine di uno dei componenti della coppia. Altre giustificazioni per il differimento della visita concernevano problemi familiari o difficoltà economiche della coppia. In alcuni casi, i partner si erano già sottoposti, oppure avevano intenzione di sottoporsi, a cicli di fertilità presso lo stesso centro oppure in un'altra clinica di RMA; tale opzione risultava tuttavia essere meno comune confrontando i pazienti stranieri e i pazienti italiani.

[74.] La lista comprendeva 16.028 pazienti che avevano richiesto trattamenti di RMA di II-III livello negli anni 2009-2017.

[75.] Dato concernente i pazienti i cui dettagli sono stati riportati nella lista denominata «Note sulla PMA» dall'8 novembre 2013 al 9 febbraio 2017.

[76.] In merito alle barriere linguistiche e alla comunicazione medico-paziente, si veda *supra*, capitolo IV, paragrafi 2.3-2.3, e 4.1.1-4.1.3.

Analizzando i dati quantitativi, il materiale esaminato indicava che dal 8 novembre 2013 al 9 febbraio 2017, su 135 coppie, 33 avevano chiesto di rinviare la prima visita medica. Tra queste coppie, in 27 casi, almeno uno dei due componenti era cittadino straniero e, tra questi aspiranti genitori, almeno nove avevano un cognome musulmano. Nello stesso arco temporale, solamente sei coppie formate da coniugi di nazionalità italiana avevano chiesto di riprogrammare la loro prima visita medica presso la stessa clinica della fertilità. Tra i suddetti pazienti, cinque coppie italiane su sei avevano giustificato la richiesta di rinvio in base al fatto che si stavano sottoponendo a trattamenti di RMA nello stesso centro o altrove. Una coppia composta da stranieri soltanto dichiarava invece di essersi nel frattempo sottoposta a trattamenti di fertilità nella medesima o in un'altra clinica di PMA.

Dal materiale empirico sopracitato, purtuttavia, non si può desumere che i pazienti stranieri e/o musulmani non si avvalgano di cicli della fertilità offerti dallo stesso centro o da altri. Quando si prendono in esame i dati riportati sulla lista d'attesa della struttura, in effetti, cinque coppie straniere su tredici (e tra queste una coppia musulmana) dichiaravano di essersi sottoposte a procedure di RMA (presso la stessa o in un'altra clinica della fertilità), oppure lo stato di gravidanza della moglie a seguito di precedenti cicli di fertilità[77]. La percentuale notevolmente più bassa di coppie musulmane (1 su 13, ossia il 7,7%) può essere spiegata prendendo specificamente in considerazione l'età delle pazienti. Secondo quanto precedentemente osservato, i partner musulmani in cerca di genitorialità hanno effettivamente mostrato la tendenza a essere più giovani rispetto alla fascia d'età media degli altri pazienti della clinica. Le coppie musulmane più giovani sono dunque meno propense a ricorrere a un centro di PMA privato per ottenere un trattamento «pressoché immediato», a differenza delle aspiranti madri che si avvicinano al limite d'età di 43 anni[78].

Un altro aspetto merita di essere preso in esame. In modo particolare, è bene segnalare che il mese del digiuno rituale islamico (*ramadhān*) non veniva menzionato esplicitamente dai pazienti musulmani quale motivazione per la richiesta di rinvio del primo appuntamento clinico[79]. Quando veniva affrontato tale aspetto con il personale delle strutture, è tuttavia emerso che, una volta che le coppie avevano deciso di posporre il loro primo appuntamento clinico, gli impiegati amministrativi della clinica non si informavano ulteriormente in merito alle ragioni di tale richiesta. In realtà, si può ipotizzare che un certo numero di appuntamenti sia stato di fatto rinviato, su richiesta dei pazienti, a causa del *ramadhān*, sebbene tale motivazione non sia stata espressamente palesata. Altrimenti detto, gli aspiranti pazienti dichiaravano semplicemente che si sarebbero trovati all'estero, senza fare alcun riferimento alle celebrazioni religiose. Conseguentemente, alcuni prestatori di assistenza sanitaria affermavano di avere intenzione di domandare se il *ramadhān* fosse la vera ragione del rinvio, nel prossimo futuro, in modo da poter meglio incontrare i bisogni dei pazienti musulmani.

Considerate le dinamiche poc'anzi analizzate, è importante esaminare anche altri dati rilevati sul campo. Quale esempio pratico, esaminando la lista presso il centro per la fertilità pubblico preso in considerazione, su 416 coppie con almeno un componente musulmano, le annotazioni dei medici erano riportate per 102 coppie che intendevano sottoporsi a cicli di RMA omologa. Tra questi pazienti, 45

[77.] I dati analizzati sono stati riportati nella colonna con intestazione «Note sulla PMA» dal 4 maggio 2015 al 1°giugno 2016.
[78.] In merito all'età media dei pazienti musulmani, si veda *supra*, capitoli II e IV, e paragrafo 4.
[79.] Per quanto concerne tale aspetto, si veda *supra*, capitolo III, paragrafo 7.3.1, e capitolo IV, paragrafo 3.2.

coppie si sottoponevano infine a uno o più trattamenti di fertilità, 57 non ricevevano trattamento alcuno, oppure avevano anticipato o posposto la procedura di RMA in periodi precedenti o successivi agli anni presi in esame nel corso di questo studio, ossia 2009-2016.

Nel suddetto documento, le motivazioni che in percentuale più elevata giustificavano rifiuti o rinunce erano correlate a gravidanze spontanee oppure all'esito (positivo) di precedenti cicli di RMA, che potevano essere risultati in aborti spontanei, interruzioni di gravidanza, gravidanze extrauterine, gravidanze gemellari, oppure parti di figli nati vivi[80]. Giustificazioni aggiuntive venivano individuate nei fattori di infertilità maschile/femminile che implicavano la necessità di ricorrere a trattamenti eterologhi, oppure alla mancata risposta dei pazienti alla terapia prescritta. In due dei casi riportati, le procedure di RMA venivano interrotte a causa delle difficoltà nella comunicazione tra medici e pazienti musulmani stranieri: gli errori riguardavano richieste eugenetiche avanzate da alcuni pazienti, quale la selezione del genere del feto, nonché fraintendimenti ed errori concernenti la terapia di stimolazione ormonale prescritta[81].

In alcuni casi, tuttavia, il personale della clinica dichiarava che i pazienti si erano recati al primo appuntamento medico, ma non si presentavano alle visite successive senza peraltro fornire alcuna spiegazione[82]. Per converso, alcuni genitori intenzionali menzionavano difficoltà logistiche (ad esempio, trovarsi all'estero o essersi trasferiti di recente), oppure problemi economici (ad esempio, non aver diritto a esenzioni dalle spese sanitarie), oppure rapporti problematici tra i membri della coppia. In un caso, in effetti, la donna aveva interrotto il trattamento «a causa di difficoltà col marito», mentre, in un altro, il marito aveva infine deciso di negare il proprio consenso al trattamento di fertilità.

La dimensione numerica della partecipazione, o non partecipazione, dei pazienti musulmani alle visite mediche veniva inoltre rivelata dall'indagine. Una volta identificate le coppie con almeno un componente musulmano nella lista d'attesa del centro di RMA, era possibile accedere ai dati completi di 764 pazienti. Tra questi ultimi, circa il 60% delle coppie con almeno un partner musulmano effettivamente si presentava al primo appuntamento clinico e, successivamente, si sottoponeva a una procedura di fertilità. Pertanto, da gennaio 2009 a dicembre 2015[83], il tasso di partecipazione alle procedure di RMA oscillava da un minimo del 60% (nel 2013) a un massimo del 74% (nel 2009), come dettagliato nella tabella 5.11 e nella figura 5.6.

[80.] Si veda inoltre *supra*, paragrafo 5.

[81.] In riferimento al rapporto medico-paziente e ai potenziali problemi di comunicazione, si veda *supra*, capitolo IV, paragrafi 3.1-3.3.

[82]. Tale comportamento è stato riportato per il 19,3% delle coppie prese in esame.

[83.] In questo centro per la fertilità, la lista dei pazienti solitamente ha una durata pari ad un anno, perciò i pazienti che venivano registrati nel 2015 avrebbero dovuto presentarsi alla prima visita medica a partire dal 2016.

TAB. 5.11. *Pazienti musulmani e procedure di RMA*

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	*Totale*
Numero di coppie con almeno un componente musulmano *in lista* per procedure di RMA	50	48	56	52	53	58	65	*382*
Numero di coppie con almeno un componente musulmano *sottopostesi* a procedure di RMA	37	32	37	33	32	34	31	*236*

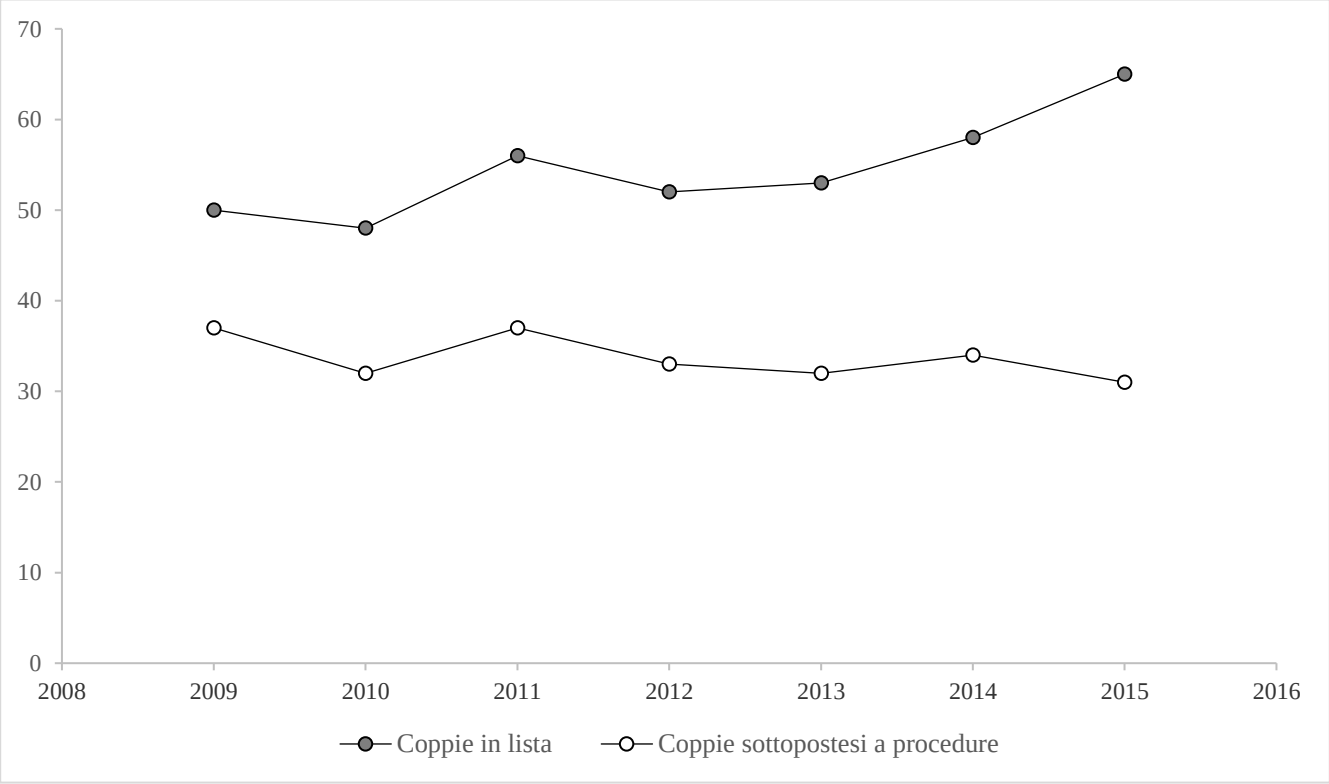

FIG. 5.6. Coppie in lista sottopostesi a PMA.

Ulteriori dettagli venivano desunti analizzando la lista d'attesa dei pazienti sottopostisi a procedure di RMA di II livello presso la medesima clinica della fertilità[84]. In linea generale, le coppie – i cui dati identificativi sono inseriti nella lista d'attesa – possono iniziare il ciclo nello stesso anno dell'inserimento in lista, oppure nell'arco dell'anno successivo. Una volta avviato il processo, i partner possono sottoporsi a nuove procedure di RMA (fino a un massimo di tre cicli completi) per diversi anni[85]. I dati empirici raccolti suggerivano che le percentuali più elevate di pazienti inseriti nella lista d'attesa e beneficiari di trattamenti di fertilità persistono per due o tre anni.

TAB. 5.12. *Coppie inserite nella lista d'attesa e sottopostesi a trattamenti di PMA*

		Anno del trattamento di fertilità							
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Anno di inserimento nella lista d'attesa dei pazienti per procedure di RMA (II livello)	2009	19	18	19	4	3	2	1	4
	2010	-	9	28	13	2	3	5	3
	2011	-	-	11	32	17	4	3	1
	2012	-	-	-	16	20	7	3	3
	2013	-	-	-	-	10	19	11	5
	2014	-	-	-	-	-	6	23	13
	2015	-	-	-	-	-	-	8	26

La tabella 5.12 illustra gli andamenti descritti. A titolo esemplificativo, tra le coppie (con almeno un componente musulmano) inserite nella lista d'attesa nell'anno 2009, 19 avevano iniziato il trattamento nello stesso anno, 18 l'anno seguente, 19 nel 2011; successivamente, un totale di 14 coppie si era sottoposto a ulteriori procedure di RMA dal 2012 al 2016.

Come di consueto nel centro di PMA preso in esame, i dati statistici riportati in merito ai trattamenti di fertilità cui si erano sottoposte le coppie con almeno un partner musulmano devono

[84]. Per ulteriori dettagli in merito alla lista, si veda *supra*, capitolo I, paragrafo 6.1.
[85]. Per quanto concerne la distinzione tra ciclo completo di RMA e procedura di fertilità, si veda *supra*, paragrafo 7.

essere sommati al numero crescente di aspiranti genitori musulmani recentemente inclusi nella lista d'attesa dei pazienti, come precedentemente osservato.

L'ammontare complessivo dei pazienti musulmani assume pertanto una portata significativa in alcuni centri di PMA pubblici locali. La conoscenza delle disposizioni islamiche e delle specificità dei pazienti musulmani da parte dell'organico medico-infermieristico e degli operatori ausiliari assume una rilevanza sempre maggiore a Torino.

Capitolo sesto

Osservazioni conclusive

1. Nuove forme di genitorialità e filiazione

Il concetto di «famiglia» è notevolmente mutato nella storia recente; nuove realtà familiari non riconducibili a modelli giuridici, sociali e religiosi convenzionali emergono in misura sempre maggiore. Progresso scientifico e migrazioni (forzate) hanno portato a un ampliamento dei gruppi familiari e al regolare manifestarsi di nuove forme di genitorialità e filiazione. In Europa, gli operatori socio-giuridici statuali e non statuali sono pertanto continuamente sollecitati a adeguarsi ai nascenti paradigmi familiari plurimi.

Nell'analisi delle relazioni familiari verticali, la ricerca proposta ha indagato il diritto alla vita privata e familiare degli aspiranti genitori musulmani entro i confini del sistema giuridico italiano, da un lato, e dei principi del diritto islamico, dall'altro. Attraverso un attento esame dell'attuazione (potenziale o effettiva) di rimedi sciaraitici all'assenza involontaria di prole nel panorama italiano, che resta in gran parte inesplorato, è stato possibile determinare i concetti di genitorialità e filiazione fatti propri dalle comunità musulmane locali. Percorsi di filiazione creativi, conformi o meno al diritto islamico, sono stati quindi indagati alla luce di molteplici attuali interpretazioni della *sharīʿah*.

Tra le forme di filiazione e genitorialità contemporanee, le tecniche riproduttive sono state scelte espressamente quali indici del cambiamento sociale, poiché principi etici e morali connessi all'appartenenza religiosa influiscono in modo particolare su di esse. I trattamenti di fertilità possono pertanto essere sostenuti, accolti o respinti dai giurisperiti islamici e/o dai sistemi giuridici nazionali. I genitori intenzionali musulmani possono quindi attenersi alle restrizioni religiose e/o giuridiche, oppure trovare soluzioni alternative, che possono risiedere al di là delle normative statuali oppure delle disposizioni islamiche.

Nel quadro delineato, la coesistenza di ordini normativi e sistemi giuridici concorrenti e sovrapposti condiziona la condotta degli aspiranti genitori musulmani, così come quella dei prestatori di assistenza sanitaria eroganti servizi di TRA o PMA in Italia. L'organico delle cliniche della fertilità è dunque tenuto a gestire un pubblico sempre più diversificato e internazionale. Le relazioni tra il personale dei centri di medicina procreativa e i genitori intenzionali musulmani sono state quindi esaminate al fine di documentare le percezioni dei prestatori di assistenza sanitaria e i bisogni specifici (taciuti) dei pazienti. Sono stati dunque portati alla luce molteplici (non) adeguamenti e adattamenti

messi in atto reciprocamente da parte degli uni e degli altri, avvalendosi di pubblicazioni accademiche, indagini empiriche, nonché dati qualitativi e quantitativi rilevati sul campo. L'analisi proposta ha in particolare adottato un duplice punto di osservazione nel confronto tra approcci teorici e pratici relativamente alle disposizioni italiane e islamiche, come delucidato nei prossimi paragrafi.

2. Prospettive italiane e islamiche in merito alla PMA

A livello teorico, nel confronto tra disposizioni italiane e islamiche, venivano individuati una serie di punti potenzialmente problematici. Pur essendo state definite conservatrici alla stregua di un sistema di RMA musulmano sunnita[1], le politiche italiane sulla riproduzione medicalmente assistita sono state gradualmente ampliate dalla magistratura, nel tentativo di trovare un'armonia con le contemporanee costellazioni familiari[2]. Di conseguenza, sovrapponendo le norme islamiche alle leggi ed alla giurisprudenza italiane, si può osare dire che il sistema giuridico italiano possa in vario modo accogliere particolari necessità islamiche ed esigenze dei pazienti musulmani. Ciononostante, nel comparare questi due ordini normativi sul piano delle tecniche procreative potenzialmente conformi alla *sharīʿah*, possono essere identificate alcune questioni piuttosto controverse[3].

In primo luogo, le soluzioni giuridiche all'assenza involontaria di prole prospettate differiscono notevolmente. Mentre la legge italiana in materia di PMA pone l'accento su adozione e affidamento quali possibilità genitoriali alternative, l'*islām* proibisce l'adozione e consente unicamente la *kafālah*[4]. I medici italiani sono tuttavia tenuti a menzionare tali formule a ogni coppia che intenda sottoporsi a trattamenti di procreazione medicalmente assistita[5]. Per converso, il diritto islamico mette in evidenza soluzioni tradizionali all'infertilità conformi alla *sharīʿah* che implicano mutamenti nella famiglia nucleare, quali poliginia e divorzio[6]. A tali rimedi sciaraitici è altresì possibile fare ricorso per legittimare procedure di TRA con il contributo di donatori in ottemperanza al diritto islamico[7].

Forme fittizie di genitorialità e filiazione create attraverso l'adozione sono dunque considerate nulle ed invalide nel mondo musulmano; allo stesso tempo, alcune costellazioni familiari islamicamente rilevanti fondate sul legame di latte (ad esempio, con la madre surrogata) non sono riconosciute dal sistema giuridico italiano[8]. È opportuno affrontare inoltre un altro aspetto: la *sharīʿah* esige che gli aspiranti genitori siano coniugati (religiosamente), mentre in Italia i trattamenti di fertilità

1. Si vedano Inhorn, Patrizio e Serour, *Third-party reproductive assistance around the Mediterranean. Comparing Sunni Egypt, Catholic Italy, and multisectarian Lebanon*, in «Reproductive BioMedicine Online», 21, 7, 2010, pp. 848-853; Iid., *Third-party reproductive assistance around the Mediterranean. Comparing Sunni Egypt, Catholic Italy, and multisectarian Lebanon*, in M.C. Inhorn e S. Tremayne (a cura di), *Islam and Assisted Reproductive Technologies: Sunni and Shia Perspectives*, New York, and Oxford, Berghahn, 2012, pp. 223-260. Si veda anche *supra*, capitolo I, paragrafo 1, e capitolo II, paragrafo 4.
2. Si veda *supra*, capitolo II, paragrafo 4.
3. Come esaminato in dettaglio nei capitoli II e III.
4. Si veda *supra*, capitolo III, paragrafo 4.3; capitolo IV, paragrafo 5.2.
5. Si veda *supra*, capitolo II, paragrafo 3.
6. Si veda *supra*, capitolo III, paragrafo 4.2.
7. Si veda *supra*, capitolo III, paragrafo 6.2.
8. Si veda *supra*, capitolo III, paragrafi 4.3 e 6.1.

vengono erogati alle coppie eterosessuali conviventi, a prescindere dal loro stato civile[9]. Inoltre, il figlio di genitori intenzionali (musulmani) non sposati civilmente che si sottopongono a trattamenti di fertilità non è automaticamente riconosciuto dall'*islām* quale figlio legittimo della coppia convivente non sposata; viceversa, se le parti sono sposate solo civilmente, i loro figli possono essere considerati illegittimi secondo il diritto islamico.

Procedure mediche legate alla PMA e alla gestazione potrebbero, allo stesso modo, non soddisfare i bisogni specifici dei genitori intenzionali musulmani che desiderino intraprendere trattamenti di fertilità. Mentre l'*islām* è ad esempio favorevole ai test genetici preimpianto, la limitata disponibilità, in Italia, di strutture che offrano diagnosi preimpianto e tecniche di *screening*[10] comporta, invero, che si debba fare ricorso alla diagnosi prenatale, quantunque tale opzione possa portare gli specialisti italiani (non musulmani e non formati secondo i principi islamici)[11] a consigliare l'interruzione di gravidanza oppure l'aborto terapeutico. Il limite di tempo consentito per l'interruzione volontaria di gravidanza è inoltre differente se si confrontano le norme italiane e quelle islamiche, le quali variano peraltro considerevolmente anche a seconda delle diverse denominazioni e gruppi di appartenenza[12]. Le leggi italiane possono dunque soddisfare solamente alcune delle esigenze espresse dai pazienti musulmani. Al contrario, il divieto di inseminazione *post mortem* sancito dalla legge italiana in materia di riproduzione medicalmente assistita è in linea con la necessità islamica di evitare ogni interruzione nel lignaggio e ogni possibile confusione nelle relazioni di sangue.

Similmente, l'originario divieto della legge 40/2004 concernente la crioconservazione degli embrioni indirettamente accoglieva alcuni punti di vista musulmani, mentre la proibizione della soppressione embrionale non è considerata conforme alla *sharīʿah*[13]. I dotti islamici esigono infatti che gli embrioni vengano soppressi, qualora i (potenziali) genitori – che si erano in precedenza avvalsi di metodi di RMA – divorzino, oppure uno dei due coniugi deceda. D'altra parte, la consulenza genetica e la diagnosi preimpianto attualmente consentite sono congruenti con i costumi musulmani che prevedono consulenza e visita prematrimoniali. In Italia, l'eugenetica è tuttavia limitata alle coppie portatrici di gravi malattie genetiche ereditarie e tale criterio non si adatta ai bisogni dei componenti musulmani di una coppia che vogliano usufruire della selezione del sesso embrionale o fetale nelle cliniche della fertilità locali[14].

È altresì opportuno precisare che modifiche apportate alle leggi italiane e alle interpretazioni giuridiche hanno un impatto differente sulle diverse denominazioni musulmane[15]. A titolo esemplificativo, la rimozione del divieto di tecniche di RMA eterologhe sul territorio italiano fu accolta con favore da quei musulmani sciiti che consentono procedure di PMA con il contributo di terze parti.

---

9. Si veda *supra*, capitolo II, paragrafo 1; capitolo III, paragrafo 7.1.

10. Ciò è da ricondursi all'originario divieto italiano concernente la diagnosi genetica preimpianto, come illustrato nella legge 40/2004. Si veda *supra*, capitolo II, paragrafi 1 e 4.

11. In merito a tali aspetti, si veda *infra*, nonché *supra*, capitolo III, paragrafo 7.2, e capitolo IV, paragrafo 3.1.

12. Si veda *supra*, capitolo III, paragrafi 7.3.2-7.3.3; capitolo IV, paragrafo 3.3; capitolo V, paragrafo 5.

13. Si veda *supra*, capitolo II, paragrafi 1 e 4; capitolo III, paragrafi 6 e 7.

14. Si veda *supra*, capitolo III, paragrafo 7.3.2; capitolo IV, paragrafo 3.3. Analizzando il sistema italiano secondo la prospettiva islamica, le normative italiane in materia di TRA/PMA potrebbero pertanto apparire più rigide e arretrate agli occhi di alcuni pazienti musulmani. Si veda anche capitolo I, paragrafo 1. In realtà, da un punto di vista musulmano tradizionale, sottoporsi a procedure di fertilità allo scopo di selezionare il genere è finalizzato a salvaguardare il benessere delle donne attraverso la limitazione del numero di gravidanze volte alla ricerca di un figlio maschio.

15. Si veda *supra*, capitolo II, paragrafi 1 e 4; capitolo III, paragrafi 6 e 7.

Per converso, la creazione di banche di ovociti, seme maschile ed embrioni nonché la disponibilità di metodi di fertilità con donazione sono percepite dalle figure religiose sunnite locali come una preoccupante tentazione, non conforme alla *sharīʿah*, per gli aspiranti genitori musulmani residenti in Italia[16]. I legami di parentela conformi ai principi islamici sciiti, creati *ad hoc* al fine di accomodare il coinvolgimento di terzi nelle procedure di RMA – quali matrimoni poliginici temporanei – non sono tuttavia riconosciuti dal sistema giuridico italiano. È ugualmente vietata la donazione dei gameti di un membro della famiglia, quantunque sia favorita da alcune tradizioni musulmane[17]. D'altro canto, alcuni trattamenti di fertilità possono soddisfare alcuni bisogni molto specifici dei genitori intenzionali musulmani sciiti, quale, ad esempio, la necessità di evitare il contatto illecito tra il gamete maschile del donatore e le parti intime della donna[18].

Ulteriori specificità ampliano il divario tra questi due modi di interpretare e regolare la procreazione medicalmente assistita. A titolo illustrativo, molto di rado l'organico medico-infermieristico locale include professionisti di sesso femminile formati anche secondo i principi sciaraitici; tuttavia, le linee guida islamiche, così come i giurisperiti religiosi locali, richiedono che i pazienti musulmani siano assistiti e visitati da prestatori di assistenza sanitaria che abbiano familiarità con le disposizioni islamiche[19]. Di conseguenza, le procedure di fecondazione eterologa vengono offerte ed erogate a tutti i pazienti, prescindendo dal loro stato civile e appartenenza religiosa. I trattamenti di fertilità sono forniti anche durante il mese di digiuno islamico (*ramadhān*) e non è solitamente possibile rispettare le norme islamiche in merito alla prossimità tra generi diversi, salvo espressa richiesta da parte dei pazienti musulmani[20].

3. Trattamenti di fertilità: differenti formae mentis a confronto

Da un punto di vista più pragmatico, il volume ha delineato i confini normativi regolanti la condotta sia dei prestatori di assistenza sanitaria italiani, sia dei pazienti musulmani, sotto il profilo giuridico, sociologico e antropologico. Il contesto italiano in cui si inserisce la PMA, così come i rimedi all'assenza involontaria di prole conformi alla *sharīʿah*, sono stati descritti al fine di far luce sulle *formae mentis* dei soggetti d'indagine esaminati[21]. Dopo aver chiarito il principale quadro di riferimento, sono state approfonditamente studiate le interazioni tra gli aspiranti genitori musulmani che si sottopongono a trattamenti di fertilità e l'organico medico-infermieristico e gli operatori ausiliari.

È inoltre necessario precisare che, nell'indagare le relazioni medico-paziente nell'ambito della

[16]. Nella realtà dei fatti, le coppie musulmane sunnite localmente insediate fanno effettivamente ricorso a tecniche di RMA non conformi ai principi del diritto islamico. Si veda *supra*, capitolo V, paragrafo 6.
[17]. Si veda *supra*, capitolo II, paragrafo 1, capitolo III, paragrafo 6.2, e capitolo IV, paragrafo 4.2.1.
[18]. In caso di trattamenti eterologhi, ad esempio, il problematico passaggio del seme o dello sperma del donatore attraverso la vagina di una donna sposata con un altro uomo potrebbe essere aggirato avvalendosi di GIFT o ZIFT. Si veda *supra*, capitolo II, paragrafi 5 e 6; capitolo III, paragrafo 6.2; capitolo V, paragrafi 5 e 6.
[19]. Si veda *supra*, capitolo III, paragrafo 7.2; capitolo IV, paragrafo 3.1. La diagnosi prenatale, ad esempio, dovrebbe essere eseguita da prestatori di assistenza sanitaria che siano quantomeno a conoscenza delle prosepttive religiose in merito; si veda *supra*, capitolo III, paragrafo 7.3.3.
[20]. Si veda *supra*, capitolo III, paragrafi 7.1-7.2 e 7.3.1; capitolo IV, paragrafi 2.1-2.3 e 3.1-3.2; capitolo V, paragrafo 8.
[21]. Si veda *supra*, capitolo II, paragrafi 3, 5 e 6; capitolo III, paragrafi 4 e 5.

procreazione medico-assistita, è stato preso in considerazione anche il ruolo svolto da altre figure chiave, in particolare infermieri, membri del personale medico-sanitario e mediatori culturali. Per quanto concerne i genitori intenzionali musulmani, gli *a'immah* locali, i giurisperiti islamici attivi a livello nazionale, nonché le comunità musulmane locali e la parentela allargata dei pazienti sono stati oggetto di particolare attenzione[22].

Nel corso dell'indagine, emergeva una varietà di questioni specificamente connesse alle diverse prospettive dei soggetti intervistati. Secondo il punto di vista delle figure religiose islamiche, ad esempio, è stata individuata una serie di punti potenzialmente problematici in relazione alla PMA conforme alla *sharīʿah*. I responsabili di alcuni enti nazionali islamici e centri di culto locali, in particolare, segnalavano due principali aspetti specifici: la proibizione del ricorso a procedure di fertilità nel caso di coppie musulmane non sposate e il divieto di trattamenti di PMA eterologa (per i musulmani sunniti)[23].

Per quanto attiene alle procedure di fertilità, ulteriori questioni venivano sollevate; in particolare, la preferenza per prestatori di assistenza sanitaria di sesso femminile, nonché la necessità di astensione dai trattamenti di fertilità durante il sacro mese del digiuno islamico[24]. Venivano altresì individuati determinati aspetti concernenti la genetica e le procedure mediche connesse ai trattamenti di TRA e agli esiti da essi derivanti, che si dimostravano essere potenzialmente problematici per i pazienti musulmani. Le criticità emerse riguardavano la diagnosi preimpianto, l'eugenetica (principalmente la selezione embrionale e la scelta del sesso del nascituro), la diagnosi prenatale, l'aborto (indotto), la crioconservazione di ovuli fecondati e di embrioni congelati[25].

Alla luce della maggior parte delle opinioni espresse, qualora non sia disponibile un medico donna musulmano esperto di *sharīʿah*, i professionisti sanitari locali dovrebbero quantomeno essere a conoscenza delle leggi islamiche, così da comprendere meglio e adattarsi ai bisogni specifici dei pazienti musulmani. Procedure di RMA eterologa non dovrebbero pertanto essere offerte ai pazienti musulmani sunniti; inoltre, una diagnosi che porti a consigliare l'interruzione di gravidanza oppure l'aborto indotto in caso di feti concepiti a seguito di TRA dovrebbe essere comunicata da un personale medico religiosamente consapevole.

Analogamente, occorre cautela nell'utilizzo di gameti ed embrioni congelati, poiché tale pratica può comportare un disordine nel lignaggio, simile a quello che si crea attraverso la pratica non islamica dell'adozione[26]; gli ovuli fecondati devono essere quindi distrutti, nel caso in cui il matrimonio islamico della coppia venga sciolto, in modo da preservare la discendenza familiare. Le procedure mediche non urgenti dovrebbero essere inoltre posticipate dopo la fine del *ramadhān*. È altresì preferibile che una figura religiosa quale un *imām* sia disponibile presso l'ospedale oppure il centro medico.

Adottando il punto di vista dei pazienti musulmani sottopostisi a trattamenti di fertilità a Torino, emergeva un panorama diverso che convalidava, al contempo, la natura fluida dell'atteggiamento contemporaneo musulmano. In primo luogo, gli ultimi due bisogni, così come sottolineati dalle figure religiose locali, non venivano espressi dai pazienti che si sottoponevano a cicli di PMA a Torino. I

[22]. Si veda *supra*, capitolo I, paragrafi 6.1-6.4.
[23]. Si veda *supra*, capitolo III, rispettivamente, ai paragrafi 7.1 e 6.1.
[24]. Si veda *supra*, capitolo III, paragrafi 7.2 e 7.3.1 relativamente alle questioni citate.
[25]. Si veda *supra*, capitolo III, paragrafi 7.3.2-7.3.4.
[26]. Si veda *supra*, capitolo III, paragrafo 4.3.

pazienti musulmani intervistati, in effetti, non menzionavano la necessità di ricevere indicazioni da parte delle figure religiose in merito ai rimedi all'assenza di prole conformi alla *sharīʿah*. Le motivazioni avanzate dagli intervistati erano molteplici: le tecniche di riproduzione medico-assistite sono erogate nei paesi a maggioranza musulmana, gli *a'immah* locali non sono considerati esperti autorevoli in materia, le fonti islamiche sono largamente accessibili su internet e i giurisperiti islamici sono raggiungibili attraverso reti estese di parentela presenti nei paesi a maggioranza musulmana[27].

Analogamente, il *ramadhān* era di rado menzionato esplicitamente dai pazienti nei centri della fertilità locali. In realtà, venivano comunque richiesti alcuni rinvii delle visite, motivati da viaggi nel corso del mese del digiuno islamico, nonostante spesso i genitori intenzionali musulmani non fornissero alcuna spiegazione al personale della clinica[28]. I dati empirici indicano, inoltre, che devote aspiranti madri musulmane potrebbero digiunare nonostante si stiano sottoponendo a cicli di TRA oppure durante il periodo di gestazione[29].

In merito alla preferenza che deve essere conferita a un medico (musulmano) donna, tale esigenza veniva riferita dalle coppie musulmane più conservatrici o, principalmente, dagli uomini musulmani. La maggior parte dei pazienti musulmani sottopostisi a trattamenti nei centri di PMA finanziati pubblicamente era purtuttavia propensa a essere visitata dai medici disponibili, indipendentemente dal genere o dal credo religioso di appartenenza di questi ultimi. Quanto a tale argomento, i pazienti musulmani esprimevano invece un altro bisogno: le donne musulmane, in particolare, richiedevano solitamente continuità assistenziale e mediazione culturale/linguistica[30].

La continuità nell'assistenza può in effetti aiutare a superare i problemi di comunicazione e migliorare i rapporti medico-paziente, soprattutto nel caso in cui la fiducia assoluta riposta negli specialisti della fecondazione in vitro rientri nel principio islamico dell'accettazione completa dei progetti divini[31] e le pazienti siano vincolate dal pudore e dalle norme di segregazione di genere. I dati empirici indicavano altresì che è necessario operare una distinzione. I genitori musulmani intenzionali stranieri che si sottopongono a trattamenti nei centri di RMA finanziati pubblicamente risentono principalmente di problemi di comunicazione dovuti sia a norme consuetudinarie sia a limitate capacità linguistiche[32]. Al contrario, gli aspiranti genitori musulmani stranieri che si rivolgono a cliniche della fertilità private eroganti trattamenti di fertilità omologhi o eterologhi tendono, in realtà, a parlare correntemente la lingua italiana oppure ad affidarsi a un interprete privato[33]. In aggiunta, i mediatori culturali non vengono coinvolti in un considerevole numero di visite mediche[34].

Intervistati in merito ai pazienti musulmani, i direttori dei centri di fertilità e il personale clinico unanimemente segnalavano una percentuale molto elevata di pazienti musulmani, identificati prevalentemente facendo affidamento sulla nazionalità degli aspiranti genitori, l'abbigliamento, l'aspetto fisico, il comportamento e il linguaggio del corpo[35]. I prestatori di assistenza sanitaria che

---

27. Si veda *supra*, capitolo IV, paragrafo 5.1.
28. Si veda *supra*, capitolo IV, paragrafo 3.2; capitolo V, paragrafo 8.
29. In merito a tale aspetto, si veda anche *infra*, paragrafo 5.
30. Si veda *supra*, capitolo IV, paragrafo 3.1.
31. Si veda *supra*, capitolo III, paragrafo 4.1.
32. Si veda *supra*, capitolo IV, sottosezioni del paragrafo 4.1, e V, paragrafo 8.
33. Si veda *supra*, capitolo IV, paragrafi 2 e 4.1; capitolo V, paragrafo 6.
34. Si veda *supra*, capitolo IV, paragrafo 2.2, e capitolo V, paragrafo 3.
35. Si veda *supra*, capitolo IV, paragrafo 2.1, e capitolo V, paragrafi 2 e 3.

offrono trattamenti di fertilità potrebbero tuttavia manifestare disagio nel far fronte a un pubblico sempre più diversificato dal punto di vista culturale e religioso. In particolare, due questioni principali venivano sollevate: alcune concernevano i limiti giuridici che i responsabili clinici della fecondazione in vitro hanno l'obbligo di rispettare, altre riguardavano le procedure e gli esiti della PMA.

Da un punto di vista giuridico, la mancanza di abilità linguistiche e di padronanza nella conversazione era regolarmente riportata come un aspetto che, più di altri, poteva inficiare notevolmente le relazioni medico-paziente, in particolare nelle cliniche della fertilità finanziate pubblicamente[36]. Quando non è possibile fare affidamento sull'aiuto di un mediatore culturale e il partner dell'aspirante madre non può ricoprire il ruolo di interprete, il personale medico-sanitario potrebbe a tutti gli effetti avvalersi di altri pazienti di lingua araba che forniscano una traduzione[37]. Tale iniziativa viola la riservatezza dei pazienti musulmani stranieri e la segretezza dei dati clinici. Per questo motivo, alcuni medici ritengono che i trattamenti di fertilità debbano essere interrotti qualora gravi barriere linguistiche ostacolino le relazioni medico-paziente[38].

Nel corso delle indagini, emergeva un ulteriore aspetto. Il concepimento e la riproduzione medicalmente assistiti rientrano in una serie di servizi sanitari garantiti a tutti i residenti (ed esenti da costi per alcuni pazienti), a condizione che i pazienti intenzionali manifestino un consenso informato nel sottoporsi alle procedure di fertilità[39]. Il consenso dei pazienti musulmani stranieri potrebbe tuttavia essere viziato e fondarsi su malintesi, anche quando i moduli per il consenso informato siano forniti in lingua araba[40].

Per quanto concerne le procedure di RMA, affioravano anche questioni attinenti al benessere femminile. In primo luogo, le donne musulmane che si sottopongono a un trattamento di PMA potrebbero comunque digiunare durante il *ramadhān*, pregiudicando così l'esito positivo della procedura[41]. I problemi di fertilità femminili possono altresì essere connessi a precedenti aborti spontanei, a procedure ginecologiche non corrette oppure a interruzioni di gravidanza[42]. Il benessere delle donne è minacciato anche da una pratica consuetudinaria attestata come diffusa tra i pazienti musulmani. Al fine di evitare la de-mascolinizzazione e ovviare alla proibizione islamica della (auto)masturbazione, i membri delle coppie musulmane potrebbero infatti manifestare il bisogno di raccogliere insieme il seme maschile nella clinica della fertilità, prima di procedere alla fecondazione degli ovociti. Tale pratica causa, però, ulteriore sofferenza fisica e perdite ematiche alla madre intenzionale[43].

Problemi analoghi, che destano preoccupazioni circa il benessere delle pazienti musulmane, venivano segnalati dai mediatori culturali. Oltre ai trattamenti di fertilità, le donne musulmane spesso ricorrono a rimedi tradizionali contro l'infertilità[44]. Solitamente questo non viene comunicato ai medici,

---

36. Si veda *supra*, capitolo IV, paragrafo 4.1.
37. Si veda *supra*, capitolo IV, paragrafo 4.1.1.
38. Si veda *supra*, capitolo IV, paragrafo 4.1.3.
39. Si veda *supra*, capitolo II, paragrafi 2 e 6; capitolo V, paragrafo 7.
40. Le donne musulmane trasferitesi di recente potrebbero infatti essere analfabete. Le difficoltà di comunicazione sono state esaminate *supra* capitolo IV, paragrafi 2.2, 4.1, 4.1.1, 4.1.3; capitolo V, paragrafo 8.
41. Si veda *supra*, capitolo IV, paragrafo 3.2.
42. Si veda *supra*, capitolo IV, paragrafo 4.3.
43. Si veda *supra*, capitolo IV, paragrafi 4.2.2 e 4.3; capitolo V, paragrafo 4.
44. Si veda *supra*, capitolo IV, paragrafo 4.2.

sebbene tali pratiche possano provocare infezioni e/o sanguinamento, potenzialmente compromettendo l'esito positivo di un ciclo di RMA. Anche il turismo procreativo potrebbe essere ampiamente praticato dai pazienti musulmani stranieri[45]. Quantunque non lo rivelino al personale medico-sanitario, le coppie musulmane «non stanziali» possono in effetti sottoporsi a procedure ginecologiche (quasi) concomitanti e/o a trattamenti di fertilità in altri paesi.

I pazienti potrebbero inoltre celare all'organico medico-infermieristico e agli operatori ausiliari altre questioni, quali procedure di adozione, *kafālah* o affidamento (intrafamiliare tra fratelli/sorelle) avviate dai partner contemporaneamente ai trattamenti di fertilità[46]. Temendo che possa essere loro rifiutato il trattamento nei centri di TRA/PMA, i pazienti musulmani possono quindi evitare di affrontare tali argomenti, nonché recepire l'incontro con lo psicologo della clinica, che viene loro raccomandato, come una prassi inutilmente inquisitoria[47].

4. Aspiranti genitori musulmani: specificità oltre gli stereotipi

L'analisi dei dati quantitativi e qualitativi proposta nel volume ha rivelato alcune caratteristiche dei genitori intenzionali musulmani locali[48]. Prendendo le distanze da stereotipizzazione ed eccezionalismo[49], il presente paragrafo sviluppa le conoscenze acquisite attraverso le ricerche empiriche e si concentra su alcuni tratti atipici che caratterizzano gli aspiranti genitori musulmani che si sottopongono a trattamenti di fertilità a Torino[50]. Altrimenti detto, il proposito dello studio non è problematizzare i pazienti musulmani, bensì individuarne le caratteristiche peculiari che potrebbero condurre a potenziali criticità nelle questioni concernenti la RMA. L'identificazione di tali specificità permette di affrontare più agevolmente sia richieste espresse, sia bisogni taciuti.

In merito al quadro clinico dei pazienti, i soggetti musulmani locali che si sottoponevano a procedure di TRA/PMA identificati dalla ricerca erano principalmente coppie endogame il cui paese di origine spaziava dal Nordafrica, all'Asia meridionale, al Medio Oriente[51].

Se comparati con la popolazione autoctona che accede ai centri medici della fertilità, i genitori intenzionali musulmani sono generalmente più giovani, benché talvolta si sia riscontrata una maggiore differenza di età tra i componenti delle coppie[52]. L'età delle madri intenzionali musulmane (straniere) è inoltre in aumento, in linea con l'andamento italiano[53]. Le coppie musulmane tendono peraltro a essere composte da coniugi senza figli avuti in precedenza da un altro compagno; mentre la popolazione

---

45. Si veda *supra*, capitolo IV, paragrafo 4.3.
46. Si veda *supra*, capitolo III, paragrafo 4.3; capitolo IV, paragrafi 5, 5.2 e 6.
47. Qualora i pazienti non parlino correntemente la lingua italiana, un mediatore culturale assiste il/i paziente/i durante gli incontri con i prestatori di assistenza sanitaria. Per ulteriori dettagli, si veda *supra*, capitolo IV, paragrafo 5.1.
48. Ulteriori dettagli inerenti alle questioni menzionate nel presente paragrafo si possono trovare *supra*, capitolo I, paragrafo 6.3; capitolo IV, paragrafi 2.1-2.3; capitolo V, paragrafi 2, 3 e 4.
49. Si veda *supra*, capitolo I, paragrafi 5 e 6.3, e capitolo IV, paragrafi 2.1-2.3.
50. È opportuno fare presente che il bacino d'utenza dei centri per la fertilità piemontesi potrebbe includere altre regioni italiane. I pazienti di una clinica della fertilità con sede all'interno di un ospedale pubblico provenivano ad esempio da un ampio numero di aziende sanitarie locali italiane (ASL). I dettagli si trovano *supra*, capitolo V, paragrafo 7.
51. Si veda *supra*, capitolo I, paragrafo 4, e capitolo V, paragrafo 3.
52. Si veda *supra*, capitolo V, paragrafo 4.
53. Si veda *supra*, capitolo I, paragrafo 4, e capitolo V, paragrafo 4.

autoctona che si sottopone a procedure di PMA è spesso composta da aspiranti genitori che hanno già concepito della prole in una relazione precedente, con un altro coniuge o convivente.

I dati qualitativi indicano che i problemi di fertilità di padri e madri intenzionali musulmani (stranieri) possono essere ricondotti a una varietà di fattori. Stile di vita migratorio, situazioni lavorative, condizioni sanitarie, consuetudini culturali, rimedi tradizionali, parentela di sangue e stress psicologico hanno un forte impatto sui musulmani che si rivolgono alle cliniche della fertilità locali[54]. Dal quadro clinico dei pazienti musulmani che si erano avvalsi dei servizi di un centro di PMA con sede in un ospedale pubblico, emergeva che gli aspiranti padri musulmani sono colpiti in misura significativa da fattori di infertilità. Per quanto i problemi di sterilità siano tradizionalmente connessi alle mogli musulmane, i rimedi sciaraitici all'assenza involontaria di prole – quali poliginia e divorzio (unilaterale) – potrebbero, quindi, non essere rispondenti alle esigenze riproduttive delle coppie esaminate[55]. La *sharīʿah* va dunque interpretata in modo flessibile, al fine di legittimare l'assistenza medica alla riproduzione umana. Nella ricerca di una soluzione sciaraitica alle difficoltà procreative delle coppie musulmane, antiche disposizioni sono pertanto interpretate sotto una nuova luce dai genitori intenzionali.

Lo studio ha infatti rivelato aspiranti padri e madri musulmani sempre più indipendenti e autonomi. Il riferimento a figure religiose locali per ricevere indicazioni conformi all'*islām* in materia di riproduzione è di fatto ridotto al minimo e concerne prevalentemente le pratiche di culto, mentre una consulenza su temi attinenti alla procreazione è raramente richiesta[56]. Adottando il suddetto approccio individualizzato alla religione, il rischio potenziale più grave risiede tuttavia nell'applicazione quotidiana delle norme islamiche così come culturalmente comprese. Come indicato dagli *a'immah* locali, dal personale medico-sanitario locale e dalle donne musulmane, ad esempio, gli uomini musulmani possono ritenere giusto divorziare unilateralmente, tramite il ripudio, da una moglie reputata infertile o che abbia dato alla luce solo figlie femmine.

Le coppie musulmane locali che vivono in un contesto migratorio mostrano anche la tendenza a creare unità familiari nuclearizzate; i genitori intenzionali musulmani risultano quindi concentrati principalmente su bisogni individuali[57]. A titolo esemplificativo, le famiglie musulmane tendono a pianificare un numero minore di figli, con rammarico di alcune figure religiose[58].

Il panorama resta comunque fluido e variegato. Da un lato, alcune coppie musulmane cedono alle pressanti richieste di prole avanzate dalle loro famiglie allargate, sostenendo al tempo stesso il peso dei propri problemi di infertilità. Dall'altro, alcuni aspiranti genitori musulmani proteggono gelosamente il proprio nucleo familiare e sono pronti a intraprendere un percorso che preveda rimedi all'assenza involontaria di figli eventualmente anche non conformi al diritto islamico – quali procedure di RMA eterologa o adozione – allo scopo di evitare rimedi tradizionali come poliginia e divorzio. In

[54]. Se messe a confronto con altre pazienti, le donne musulmane presentano anche percentuali più elevate di gravidanze problematiche pregresse. Si veda *supra*, capitolo V, paragrafo 5.

[55]. Si veda *supra*, capitolo III, paragrafo 4.2. Secondo quanto confermato dai dati statistici documentanti l'aumento dei fattori maschili che colpiscono i pazienti musulmani sottopostisi a procedure di fertilità a Torino. Si veda *supra*, capitolo V, paragrafo 4.

[56]. Si veda *supra*, capitolo IV, paragrafo 5.1. In alcuni casi, i pazienti musulmani si affidano ai mediatori culturali, anziché agli *a'immah* locali.

[57]. Si veda *supra*, capitolo IV, paragrafi 5-6.

[58]. Si veda *supra*, capitolo III, paragrafo 3.

modo significativo, alcune formule tradizionali per affrontare l'infertilità oppure sterilità di coppia possono essere sapientemente e strategicamente sfruttate dagli aspiranti genitori musulmani quali strumenti che agevolino il ricorso a trattamenti di fertilità eterologhi[59]. Nei contesti europei, in particolare, il divario tra le realtà vissute delle pratiche musulmane e i discorsi teologici concernenti l'*islām* potrebbe infatti essere ampliato.

Tra i pazienti musulmani che si rivolgono alle cliniche della fertilità locali finanziate pubblicamente, comunque, una grande percentuale considera le vie tradizionali alla genitorialità conformi alla *sharīʿah* come soluzioni di ripiego[60]. In caso di esito negativo dei trattamenti di TRA, le donne musulmane sono pertanto sottoposte a un elevato livello di stress[61]. Secondo quanto ripetutamente espresso dai soggetti d'indagine, qualora lo stato di gravidanza non venga raggiunto entro un limite di tempo stabilito (solitamente entro un anno dalla celebrazione delle nozze), potrebbe prospettarsi l'ipotesi di un divorzio, in seguito al quale la donna potrebbe dover rientrare nel proprio paese di origine. Tale eventualità provoca ansia e alimenta l'impellente necessità di procreare. Nella realtà dei fatti, il progetto migratorio di alcune donne musulmane è strettamente connesso alla loro capacità procreativa.

Se messe a confronto con pazienti non musulmani, le madri intenzionali musulmane, così come i padri, devono far fronte a un bisogno più urgente di superare le loro difficoltà procreative. La capacità riproduttiva degli aspiranti genitori musulmani, a sua volta, risente dell'impellente necessità di raggiungere l'obiettivo di creare una famiglia[62]. Tale atteggiamento è puntualmente legato a prospettive religiose e consuetudinarie secondo cui la genitorialità è concepita come culturalmente obbligatoria.

Nell'*islām*, infatti, la prole non rappresenta solamente un traguardo di realizzazione personale, ma costituisce anche uno strumento di legittimazione sociale e familiare. Il peso sociale dell'infertilità è tuttavia tradizionalmente associato alle donne, sulle quali l'assenza di figli ha forti ripercussioni. Secondo la legge islamica, un marito musulmano è autorizzato a divorziare dalla moglie infertile tramite il ripudio (*ṭalāq*). La famiglia allargata può quindi esercitare una pressione sociale sull'uomo, affinché divorzi (unilateralmente) dalla moglie (presunta) infertile. Quale formula alternativa per il concepimento di progenie, l'uomo può sposare una seconda donna, affinché le due mogli possano allevare i figli insieme, così come suggerito da alcune figure religiose locali[63]. Di conseguenza, alcune coppie musulmane migranti potrebbero astenersi dal fare visita ai propri parenti quando la discendenza, a lungo desiderata, non sia ancora stata concepita[64].

Nella tormentata ricerca della genitorialità, le madri intenzionali musulmane che si rivolgono alle cliniche della fertilità locali potrebbero quindi essere più inclini a celare informazioni concernenti il fatto di essersi sottoposte a trattamenti ginecologici all'estero, o di essere propense a valutare

---

59. Al fine di creare reti di relazioni familiari che favoriscano la legittimazione di prole concepita tramite procedure di fertilità con il contributo di terze parti, è possibile avvalersi di una combinazione di matrimoni (temporanei) e divorzi oppure della parentela di latte. Si veda *supra*, capitolo III, paragrafo 6.2.

60. Tale eventualità può verificarsi sia in casi di effettiva o presunta infertilità/sterilità della donna, sia in caso di infertilità selettiva di genere (ad esempio, mogli che diano alla luce unicamente figlie femmine). Si veda *supra*, capitolo III, paragrafi 4.2 e 5.

61. Si veda *supra*, capitolo IV, paragrafi 5.1 e 6.

62. Si veda *supra*, capitolo IV, paragrafo 6; capitolo V, paragrafi 4-5.

63. Si veda *supra*, capitolo III, paragrafo 4.2, e capitolo IV, paragrafo 5.2.

64. Si veda *supra*, capitolo IV, paragrafo 6.

adozione, *kafālah* e affido intrafamiliare tra fratelli/sorelle quali opzioni alternative[65]. Tra le donne musulmane intervistate, talune avevano pregato i medici di eseguire un ciclo di fecondazione eterologa senza il consenso dei mariti. Alcune madri intenzionali musulmane avevano riferito infruttuosi tentativi di rimanere incinte, al fine di accedere più urgentemente alle procedure di fertilità, sebbene si fossero ricongiunte con i propri mariti solo da breve tempo, una volta trasferitesi in Italia[66]. A causa del peso rappresentato dall'assenza di figli, le aspiranti madri musulmane che ricorrano a TRA/PMA possono dunque divenire vittime passive di stigma sociale e pressioni da parte della famiglia, incarnando fisicamente la vergogna e il dolore dei trattamenti di fertilità. Per converso, alcune donne musulmane possono trovare emancipazione nel percorso verso la maternità tramite la RMA. La prole diventa pertanto la pietra miliare nel loro processo migratorio, non solo in termini di legittimazione sociale agli occhi degli ambienti musulmani, ma anche in quanto opportunità di acquisire una maggiore indipendenza nel paese di residenza, acquisendo così dimestichezza con un nuovo ambiente.

Ulteriori prerogative caratterizzanti i pazienti musulmani erano identificate dai prestatori di assistenza sanitaria locali. In particolare, venivano illustrate due caratteristiche che incidono specificamente sul rapporto tra i medici e i pazienti musulmani, ossia il riferimento ultimo a Dio e le relazioni di potere asimmetriche nelle coppie[67].

Per quanto concerne fatalismo e predeterminismo, i pazienti musulmani mostravano la tendenza a esprimere costantemente il bisogno di accettazione della volontà divina, nonostante fosse stato loro raccomandato di seguire ogni trattamento possibile per concepire un figlio. Le indagini empiriche hanno quindi rivelato che i genitori intenzionali musulmani sono indirizzati verso le tecniche di PMA da fattori religiosi, familiari e individuali. In primo luogo, la pressione sociale esercitata dalla famiglia allargata su una coppia appena sposata può diventare persino più stringente per i soggetti trasferitisi in paesi europei. In secondo luogo, i genitori intenzionali musulmani che vivono in un contesto migratorio possono manifestare un disperato desiderio procreativo, quale espressione della loro aspirazione a costruire nuove reti familiari nel paese di insediamento.

I dotti islamici hanno inoltre esternato una sorta di «invito all'azione» rivolto ai coniugi musulmani senza discendenza, sollecitandoli a rivolgersi ai medici locali. L'*islām* è infatti una religione natalista e i musulmani sono fortemente esortati a procreare. In ogni caso, la stessa regola può di fatto portare a conclusioni opposte, proprio in virtù della flessibilità della *sharī'ah*, e tale ambivalenza può generare confusione tra gli aspiranti genitori musulmani.

Da un canto, ai musulmani viene insegnato che l'infertilità e la sterilità devono essere accettate in quanto manifestazione della volontà divina; analogamente, interruzioni spontanee della gravidanza, aborti terapeutici conseguenti a diagnosi prenatale, oppure lunghe liste d'attesa devono essere interpretati quali «segnali di Dio». D'altro canto, le stesse problematiche di infertilità che affliggono i genitori intenzionali musulmani possono essere indice di una prova divina, volta a sollecitare la coppia a individuare e risolvere le proprie difficoltà procreative, oppure possono essere letti come un messaggio divino che consigli alla coppia la separazione. Le raccomandazioni che gli aspiranti genitori musulmani ricevono dai giurisperiti islamici potrebbero quindi essere percepite come contraddittorie e

[65]. Si veda *supra*, capitolo IV, paragrafi 4.3 e 5.2.
[66]. In merito a tali questioni, si veda *supra*, capitolo IV, paragrafo 6; capitolo V, paragrafo 8.
[67]. Si veda *supra*, capitolo IV, sottosezioni dei paragrafi 2e 3.1.

fuorvianti. La consulenza degli *a'immah* locali è pertanto richiesta molto di rado dai genitori intenzionali musulmani.

I centri di culto islamici possono comunque aiutare i devoti musulmani a comprendere meglio i rimedi all'assenza involontaria di prole conformi alla *sharīʿah* e fornire qualche ausilio nelle questioni inerenti a lingua e cultura. Il timore dello stigma sociale e del disonore è purtuttavia avvertito costantemente come una minaccia; pertanto, le coppie musulmane potrebbero di preferenza evitare il confronto su questioni inerenti alla fertilità nell'ambito delle cerchie sociali locali. Le coppie musulmane tendono invero a tenere le loro scelte riproduttive sempre più al riparo da interferenze religiose e/o sociali, specialmente quando queste portino all'adozione non islamica o a trattamenti di fertilità con il contributo di terzi[68]. Per quanto attiene i percorsi di TRA tradizionali, alcune coppie rivelano di essersi sottoposte a un ciclo di fertilità soltanto in caso di esito positivo e dopo la nascita della prole; altri genitori musulmani non dichiarano apertamente il modo in cui sono stati concepiti i figli al fine di evitare indiscrezioni e ostracismo sociale nei loro stessi confronti e verso la loro discendenza.

Ulteriori problematiche individuate dai prestatori di assistenza sanitaria concernono, in particolare, dinamiche di coppia non equilibrate e il ruolo (percepito) delle mogli musulmane[69]. Questi due aspetti venivano descritti come problematiche gravi, che possono compromettere l'espressione del consenso informato a un ciclo di TRA e ripercuotersi inoltre sulla terapia di fertilità. I membri del personale medico-sanitario rilevavano e riportavano con frequenza rapporti di potere asimmetrici tra i pazienti musulmani. Nello specifico, la sottomissione e l'obbedienza delle donne musulmane era solitamente descritta come conseguenza di incapacità linguistica. I prestatori di assistenza sanitaria torinesi tendevano pertanto a considerare il ruolo di primo piano assunto dagli uomini musulmani nelle cliniche della fertilità come un modo per esercitare il controllo sulle proprie mogli[70]. Tale atteggiamento, che risalda la percezione stereotipica della moglie musulmana sottomessa, delinea tuttavia solo parzialmente il quadro policromo dei pazienti musulmani. In realtà, le osservazioni etnografiche portavano alla luce uno scenario più variegato.

Secondo alcune donne musulmane, riserbo e sottomissione diventano strumenti atti a mostrare rispetto nei confronti dei propri mariti. Per quanto in grado di comunicare in italiano (oppure in francese o inglese), dunque, queste mogli possono fingere di non comprendere la lingua e lasciare in tal modo il ruolo decisivo ai mariti, che potrebbero già sentirsi in difficoltà e svirilizzati nel sottoporsi a trattamenti di TRA/PMA. Altre donne musulmane potrebbero considerare la propria vita in Italia come una fase transitoria del loro progetto migratorio in Europa. Non essendo interessate né costrette ad apprendere la lingua locale, potrebbero favorire mariti proattivi che controllino la situazione e si occupino dell'interazione con i professionisti medico-sanitari e delle procedure cliniche. Nei racconti dei prestatori di assistenza sanitaria, gli atteggiamenti di queste donne vengono in genere contrapposti a quelli delle madri intenzionali musulmane da loro descritte come «emancipate», le quali vengono principalmente annoverate tra i pazienti che accedono a cliniche della fertilità private.

---

68. Si veda *supra*, capitolo IV, paragrafi 5.1-5.2
69. Si veda *supra*, capitolo IV, paragrafi 2-2.3 e 3.1.
70. Si veda *supra*, capitolo IV, paragrafo 2.2.

Nell'individuare e comprendere sia le scelte sanitarie sia gli atteggiamenti degli aspiranti genitori e pazienti, i fattori economici giocano invero un ruolo chiave. I padri e madri intenzionali musulmani locali appartengono solitamente alle categorie di pazienti esentati dal pagamento (per intero) delle spese sanitarie nei centri per la fertilità pubblici o finanziati pubblicamente[71]. In tal caso, i pazienti musulmani avanzano, in genere, poche richieste connesse alla cultura/religione; i rapporti medico-paziente sono tuttavia notevolmente influenzati da barriere religiose, culturali e linguistiche.

Nonostante la richiesta di personale specialistico che abbia familiarità con il diritto islamico non possa essere giuridicamente rivendicata e soddisfatta in pratica, l'organico medico-infermieristico locale mostrava, di fatto, grande consapevolezza e capacità nel gestire un pubblico sempre più diversificato sotto il profilo religioso e culturale[72]. Alcune dinamiche risultavano tuttavia difficili da comprendere e, talvolta, persino da accettare da parte di alcuni professionisti medico-sanitari italiani[73]. Ciononostante, su base quotidiana, vengono messi in atto ragionevoli adeguamenti e accomodamenti reciproci tra i prestatori di assistenza sanitaria e i potenziali pazienti musulmani delle cliniche della fertilità torinesi, pubbliche e private[74].

5. Dinamiche contemporanee e future linee d'azione

L'Europa costituisce attualmente il più vasto mercato per le tecniche di riproduzione assistita e, tra gli stati membri dell'Unione Europea, i paesi, nei quali i trattamenti di fertilità sono coperti a livello nazionale da finanziamenti pubblici, presentano la media più elevata di fruizione delle tecniche procreative medico-assistite[75].

In Italia, il ricorso ai servizi di riproduzione medicalmente assistita è in effetti in notevole e costante aumento; più precisamente, nelle regioni settentrionali[76]. La crescente diffusione a livello nazionale dei trattamenti di PMA offerti può essere ricondotta sia al progresso scientifico, sia al quadro giuridico italiano. La legge italiana in materia di procreazione medicalmente assistita, definita restrittiva e «sunnita», veniva gradualmente modificata dalla giurisprudenza, nel tentativo di trovare

---

71. Si veda *supra*, capitolo II, paragrafi 3 e capitolo V, paragrafo 7. Si veda anche *infra*, il paragrafo successivo.

72. In merito a un ragionevole ed opportuno accomodamento dei bisogni dei musulmani nell'ambito dei servizi sanitari, si veda *supra*, capitolo IV, paragrafo 2.1.

73. Si veda *supra*, capitolo IV, paragrafo 3.1.

74. In realtà, i pazienti musulmani locali sono portati ad adottare diversi punti di vista per quanto concerne l'effettiva applicazione dei principi islamici nella loro via quotidiana. Si veda *supra*, capitolo IV, paragrafo 2 e capitolo V, paragrafo 6. L'espressione «accomodamento ragionevole e reciproco» nell'ambito dei servizi sanitari veniva utilizzata da diversi soggetti d'indagine, come precedentemente delucidato.

75. Uno studio comparativo si trova *inter alia* in P. Präg, and M.C. Mills (2017) «Assisted Reproductive Technology in Europe: Usage and Regulation in the Context of Cross-Border Reproductive Care». In *Childlessness in Europe: Contexts, Causes, and Consequences. Demographic Research Monographs*, (Ed, M. Kreyenfeld, and D. Konietzka) Springer, Dordrecht, pp. 289-309. Si veda inoltre il rapporto dell'ESHRE, ossia European Society of Human Reproduction and Embryology (2008) *Comparative Analysis of Medically Assisted Reproduction in the EU: Regulation and Technologies (SANCO/2008/C6/051). Final report*. ESHRE, Grimbergen. Tra i vari commenti, si veda ad esempio Ferraretti *et al.* (2013) «Assisted reproductive technology in Europe, 2009. Results generated from European registers by ESHRE», cit.

76. Si veda *supra*, capitolo I, paragrafo 3. È interessante osservare che a Torino le cliniche della fertilità locali private sono più numerose rispetto a quelle pubbliche; la maggior parte dei trattamenti di fertilità è tuttavia eseguita in centri di TRA/PMA parzialmente o interamente finanziati dal sistema sanitario nazionale. Si veda *supra*, capitolo II, paragrafo 5 e 6; capitolo V, paragrafi 2 e 7.

armonia con i contemporanei modelli familiari[77]. Non solo il raggio di azione del diritto, ma anche il bacino d'utenza nazionale dei trattamenti di fertilità si sta ampliando. La categoria degli aspiranti genitori desiderosi di concepire prole tramite tecniche di RMA si sta in effetti progressivamente diversificando dal punto di vista culturale e religioso[78].

In linea con l'andamento globale che documenta una crescita costante dei musulmani, la quota di padri e madri intenzionali musulmani che si rivolgono alle cliniche della fertilità locali, in particolare, sta crescendo rapidamente, sia nei centri di PMA finanziati pubblicamente, sia in quelli privati[79]. Vengono pertanto espresse richieste specifiche e per di più emergono necessità puntuali relative alle relazioni medico-paziente, come delucidato nei paragrafi precedenti.

La visione d'insieme acquisita attraverso lo studio condotto ha rivelato uno scenario policromo e dinamico. Se è vero che negli anni a venire i problemi di incapacità linguistica che interessano i pazienti musulmani stranieri dovrebbero gradualmente diminuire, potrebbe non essere lo stesso per quanto attiene ad altri aspetti specifici, in particolare per quelli connessi ad usi consuetudinari e pratiche religiose. Alcune di queste tradizioni potrebbero essere ben note e adeguatamente gestite dai medici della fecondazione in vitro, mentre altre potrebbero rimanere taciute e inavvertite. In termini reali, le osservazioni etnografiche e le interviste condotte dall'autore hanno evidenziato alcuni temi nascosti. Quantunque non venga espresso esplicitato dal personale medico-sanitario e dai pazienti, i problemi connessi a costumi e migrazioni hanno effettive ripercussioni sull'esito dei trattamenti di fertilità cui i potenziali genitori musulmani si sottopongono.

Per quanto concerne il primo aspetto, una percentuale maggiore di pazienti musulmani è potenzialmente interessata da questioni relative alla consanguineità. I matrimoni tra cugini sono consuetudinari nel mondo musulmano e una notevole percentuale dei pazienti di TRA intervistati in effetti riferiva la sussistenza di una parentela di sangue tra loro[80]. In realtà, l'infertilità degli aspiranti genitori può essere associata a precedenti unioni intrafamiliari. L'esito delle procedure di fertilità omologhe può essere inoltre condizionato dalla consanguineità dei genitori intenzionali, che potrebbe altresì causare malattie congenite e genetiche nella prole. I medici dovrebbero pertanto prestare particolare attenzione al suddetto aspetto in caso di pazienti musulmani.

La parentela di sangue delle parti può potenzialmente influire anche sui trattamenti di fertilità di tipo eterologo. Al fine di evitare l'interferenza di terzi, i musulmani potrebbero preferire i membri delle loro famiglie, o persino fratelli/sorelle, quali donatori di gameti.[81] Quantunque non sia consentita sul

---

[77]. Di conseguenza, dal 2009, il numero degli ovociti fecondati viene concordato tra i medici e i genitori intenzionali; gli embrioni creati sono in parte impiantati e in parte crioconservati. Dal 2014, le procedure con il contributo di donatori possono inoltre essere eseguite sul territorio italiano e, dall'anno seguente, eugenetica e diagnosi genetica preimpianto sono state consentite. Si veda *supra*, capitolo II, paragrafi 1-4. Si veda inoltre *supra*, nota a piè di pagina n°1 nel presente capitolo.

[78]. Benché il livello di fertilità complessivo sia in calo sia nella popolazione autoctona, sia in quella migrante, il numero di figli nati da almeno un genitore straniero rimane piuttosto elevato. Sul tasso di fecondità totale incidono notevolmente le donne straniere (migranti economiche, richiedenti asilo o rifugiate), in particolare nelle regioni dell'Italia settentrionale. La popolazione musulmana è, oltretutto, sempre più naturalizzata e tende pertanto a scomparire dalle statistiche basate sulla nazionalità. Si veda *supra*, capitolo I, paragrafi 4 e 5.

[79]. La quota di popolazione musulmana europea cresce rapidamente e si stima che aumenterà a un ritmo più sostenuto rispetto a qualunque altro gruppo religioso. Dati statistici possono essere trovati *supra*, capitolo I, paragrafo 5, e capitolo V, paragrafo 2.

[80]. Si veda *supra*, capitolo IV, paragrafo 4.2.1 e capitolo V, paragrafo 4.

[81]. Si veda *supra*, capitolo III, sottosezioni del paragrafo 6.

territorio italiano, tale pratica può essere di fatto attuata, nel momento in cui il liquido seminale non precedentemente crioconservato venga consegnato dal padre intenzionale al laboratorio biologico che procederà con la fecondazione degli ovociti[82]. Nel rispettare la rigorosa norma islamica che proibisce l'automasturbazione, i pazienti musulmani possono infatti chiedere il permesso di portare in clinica il seme raccolto a casa. Questi due aspetti dovrebbero essere quindi attentamente controllati dal personale medico-sanitario. È altresì necessario tenere sotto osservazione i problemi legati allo stile di vita migratorio dei pazienti musulmani, nonché la propensione delle donne musulmane ad affidarsi a formule tradizionali per procreare, oppure a riti che favoriscano la gravidanza, i quali possono comportare complicanze cliniche[83].

Sarebbe inoltre opportuno individuare ulteriori modalità per supplire alle difficoltà comunicative nell'ambito delle relazioni medico-paziente. In primo luogo, poiché i mediatori culturali hanno una maggiore familiarità con alcune pratiche religiose/consuetudinarie e con i percorsi migratori che portano al turismo procreativo, sarebbe forse auspicabile una più stretta collaborazione tra medici della fecondazione in vitro e mediatori culturali, quando possibile. Tali figure professionali potrebbero inoltre segnalare bisogni inespressi e ciononostante rilevanti, quali il digiuno da parte delle donne in stato di gravidanza, oppure l'effettivo rinvio di un appuntamento clinico durante il *ramadhān*. Quando l'autore sollevava tale questione, il personale di un centro di TRA finanziato pubblicamente stabiliva che avrebbe adottato una procedura diversa. Sarebbe stato necessario approfondire meglio la ragione del differimento della visita e, qualora fosse emersa una connessione con motivi religiosi, i musulmani osservanti non sarebbero stati inseriti in fondo alla lista d'attesa dei pazienti, sarebbe invece stato fissato un altro appuntamento al termine del sacro mese islamico. Questo modello potrebbe essere forse sperimentato e, se ritenuto valido, potrebbe essere infine adottato in alcune cliniche della fertilità[84].

In secondo luogo, nella comunicazione medico-paziente, le barriere dovute a incapacità linguistica possono essere superate tramite una proficua collaborazione tra centri di culto e ospedali locali. Da un lato, la traduzione non professionale è fortemente disapprovata sia dalle donne musulmane, sia dai mediatori culturali e non dovrebbe essere incoraggiata.[85] Dall'altro, limitatamente agli ambiti meno riservati[86], il personale medico-sanitario e amministrativo potrebbe ricorrere all'ausilio di volontari che collaborino con i centri di culto locali. Medici e pazienti potrebbero pertanto beneficiare del sostegno offerto dai mediatori culturali nel momento in cui si affrontino importanti ed essenziali questioni concernenti consenso informato, terapie di TRA/PMA, procedure ed esiti delle stesse. L'offerta di un supporto linguistico, culturale e religioso espressa da un centro di culto locale[87] dovrebbe essere quindi presa in considerazione dalle cliniche della fertilità locali.

Le associazioni musulmane e i centri di culto islamici che hanno sede a Torino potrebbero inoltre essere proattivi nell'offrire supporto alle istanze emergenti dei pazienti musulmani locali. Innanzitutto, corsi di lingua italiana per i musulmani stabilitisi di recente potrebbero essere istituiti in un ambiente islamico che rispetti le regole di segregazione di genere, così da consentire alle donne

82. Si veda *supra*, capitolo IV, paragrafo 4.2.2.
83. Si veda *supra*, capitolo IV, paragrafo 4.2.2.
84. Si veda *supra*, capitolo V, paragrafo 8.
85. Si veda *supra*, capitolo IV, paragrafo 4.1.1.
86. Ad esempio, nel fornire indicazioni su dove trovare un determinato servizio all'interno di una struttura ospedaliera, nel leggere un elenco generico di analisi ematiche da prenotare, ecc.
87. Si veda *supra*, capitolo IV, paragrafo 4.1.2.

musulmane osservanti di prendervi parte. In secondo luogo, poiché gli *a'immah* segnalavano ripetutamente una scarsa conoscenza delle norme islamiche, che potrebbe in conclusione inficiare l'esito positivo delle procedure di fertilità, sarebbe indicato offrire, a livello locale, iniziative volte a promuovere la conoscenza dei principi islamici concernenti i rimedi all'assenza involontaria di prole conformi alla *sharīʿah*.

In una più ampia prospettiva accademica, saranno altresì apprezzati studi a venire incentrati su aspiranti genitori (migranti) appartenenti ad altre religioni e/o gruppi etnici[88]. Fornendo nuovi approfondimenti sulle specificità dei pazienti di RMA, ricerche supplementari potranno difatti favorire mutua conoscenza e contribuire a un proficuo e reciproco processo di accomodamento tra pazienti musulmani e centri per la fertilità.

[88]. Benché l'Italia sia da annoverarsi tra i pochi paesi in cui siano disponibili rapporti sulla salute riproduttiva dei migranti; ricerche inadeguate su cui improntare la pratica possono a tutti gli effetti minare un'assistenza ottimale offerta dal personale clinico alle donne migranti, secondo A.J. Gagnon e K.L. Redden, *Reproductive health research of women migrants to Western countries: A systematic review for refining the clinical lens*, in «Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology», 32, 2016, pp. 3-14.

Bibliografia

Abbasi-Shavazi, M.J., Inhorn, M.C., Razeghi-Nasrabad, H.B. e Toloo, G. (2008), *The* «Iranian ART Revolution»: Infertility assisted reproductive technologye *third-party donation in the Islamic republic of Iran*, in «Journal of Middle East Women's Studies», 4, 2, pp. 1-28.

Abbaszade, M. e Dezhkam, L. (2014), *Deserving Parents: The right of babies born by assisted reproductive technologies*, in «Journal of Jahrom University of Medical Sciences», 11, p. 72.

Abbey, A. Erews, F.M. e Halman, L.J. (1991), *Gender's Role in Responses to Infertility*, in «Psychology of Women Quarterly», 15, 2, pp. 295-316.

Abdelhamid, H. (2013), *The female body and biomedicine in the context of the Egyptian legal culture*, in B. Feuillet-Liger, K. Orfali e T. Callus (a cura di), *The Female Body: A journey through Law, Culture and Medicine*, Bruxelles, Bruylant, pp. 213-235.

Abduljabbar, H.S. e Amin, R. (2009), *Assisted reproductive technology in Saudi Arabia*, in «Saudi Medical Journal», 30, 4, pp. 461-464.

Abedini, M., Ghaheri, A. e Samani, R.O. (2016), *Assisted Reproductive Technology in Iran: The First National Report on Centers, 2011*, in «International Journal of Fertility & Sterility», 10, 3, ottobre-dicembre, pp. 283-289.

Aboulghar, M.M., Aboulghar, M.A., Amin, Y.M., Al-Inany, H.G., Mansour, R.T., e Serour, G.I. (2012), *The use of vaginal natural progesterone for prevention of preterm birth in IVF/ICSI pregnancies*, in «Reproductive BioMedicine Online», 25, 2, pp. 133-138.

Abu-Rabia, A. (2013), *Infertility and Surrogacy in Islamic Society: Socio-Cultural, Psychological, Ethical and Religious Dilemmas*, in «The Open Psychology Journal », 6, pp. 54-60.

Ahmad, A. (2008), *The role of Islamic law in the contemporary world order*, in M.A. Baderin (a cura di), *International law and Islamic law*, Aldershot, Dartmouth, Ashgate, pp. 55-69.

Ahmad, M.Z., Zailin, S.Y., Mansor, S., Ahmad, I.I.H. e Abdullah, L. (2014), *Is Assisted Reproductive Technique Shari'aa-compliant? A Case Study at a Fertility Centre in Malaysia*, in «The International Medical Journal Malaysia», 13, 2, pp. 21-27.

Ahmad, N.H. (2003), *Assisted Reproduction. Islamic Views on the Science of Procreation*, in «Eubios Journal of Asian and International Bioethics», 13, pp. 59-60.

Ahmed, I. (2013), *Muslim Immigrants in Europe: The Changing Realities*, in «India Quarterly», 69, 3, pp. 265-282.

Ahmed, N. (2016), *Family, Citizenship and Islam: The Changing Experiences of Migrant Women Ageing in London*, Abingdon, Routledge.

Ahmed, S., Green, J.M. e Hewison, J. (2006), *Attitudes towards prenatal diagnosis and termination of pregnancy for thalassemia in pregnant Pakistani women in the North of England*, in «Prenatal Diagnosis», 26, 3, pp. 248-257.

Ahmed, Z.B. (2014), *The concept «in-vitro fertilization and egg donation»: An Islamic point of view*, in «Journal of Education, Arts and Humanities», 2, 4, pp. 54-58.

Ajijola, A.A.D. (1989), *Introduction to Islamic law*, New Delhi, International Islamic Publisher.

Akhter, S. (2009), *Faith & Philosophy of Islam*, Delhi, Kalpaz.

Akram, S.M. (2000), *Orientalism Revisited in Asylum and Refugee Claims*, in «International Journal of Refugee Law», 12, 1, pp. 7-40.

Al-Aqeel, A.I. (2012), *Genetic Counseling in the Muslim World: The Challenges*, in PAHGC (a cura di), *Second Pan Arab Human Genetics Conferences Proceedings*, Dubai, PAHGC, pp. 32-61.

Al-Azami, M.M. (1996), *On Schacht's origins of Mohammadan jurisprudence*, Oxford, Islamic Texts Society.

Al-Bar, M.A. e Chamsi-Pasha, H. (2015), Contemporary Bioethics Islamic Perspective, Dordrecht, Springer.

al-Gindi, A.R. (a cura di) (1984), *Islam and Current Medical Concerns*, vol. I, *The Full Minutes of the Seminar on Human Reproduction in Islam, Held on May 24, 1983 A.D. (Sha'aban 11, 1403 H*, sotto la supervisione e con un'introduzione di Dr. Abd EI-Rahman Abdulla Al-Awadhi, Minister of Public Health and of Planning Chairman of the Islamic Organization for Medical Sciences, traduzione di M. Muneer e S. Asbahi, Kuwait, Islamic Organisation for Medical Science.

Al-Mazkur, K., Al-Saif, A., al-Gindi, A.R. e Abu-Ghudda, A. (a cura di) (1988), *Recommendations of the Third Symposium on «The Islamic Vision of Some Medical Practices», 18-21 April 1987 A.D.*, in *Medical Jurisprudence. Islam and Current Medical Concerns*, vol. III, Kuwait, Islamic Organisation for Medical Science.

Al-Qaradawi, Y. (1999), *The Lawful and the Prohibited in Islam – Al-Halal Wal Haram Fil Islam*, Cairo, al-Falah Foundation and American Trust Publications.

al-Ṣadr, M.B. (2003), *Principles of Islamic jurisprudence according to Shi'i Law*, London, ICAS Press.

al-Thaxeb, F.e Scott J.E. (1981), *Islamic law: An examination of its revitalisation*, in «British Journal of Criminology», 21, I, pp. 58-69.

Alghrani, A. (2013), *Womb transplantation and the interplay of Islam and the West*, in «Zygon», 48, 3, pp. 618-634.

Ali, W. (2003), *Muslim Women: Between Cliché and Reality*, in «Diogenes», 50, 3, pp. 77-87.

Allievi, S. (2012), *Reactive identities and Islamophobia: Muslim minorities and the challenge of religious pluralism in Europe*, in «Philosophy and Social Criticism », 38, 4-5, pp. 379-387.

Altorki, S. (1980), *Milk-Kinship in Arab Society: An Unexplored Problem in the Ethnography of Marriage*, in «Ethnology», 19, 2, aprile, pp. 233-244.

Aluffi, R. (2006), *Il matrimonio nel diritto islamico*, in S. Ferrari (a cura di), *Il matrimonio. Diritto ebraico, canonico e islamico: un commento alle fonti*, Torino, Giappichelli, pp. 181-246.

– (2012), *Poteri e responsabilità genitoriali nei paesi arabi*, in «Minori Giustizia», 2, pp. 54-62.

– (2015), *Šari'a*, in *Enciclopedia giuridica*, Roma, Treccani, VIII, pp. 741-754.

Alwani, T.J. (1993), *Uṣul al-fiqh al-'islami. Source methodology in Islamic jurisprudence*, London, International Institute of Islamic Thought, II ed.

Ammar, N.H. (2007), *Wife Battery in Islam. A Comprehensive Understanding of Interpretations*, in «Violence Against Women», 13, 5, pp. 516-526.

An-Na'im, A.A. (a cura di) (2002), *Islamic family law in a changing world. A global resource book*, London, Zed Books.

Andersen, A.M.N., Gundlund, A. e Villadsen, S.F. (2016), *Stillbirth and congenital anomalies in migrants in Europe*, in «Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology», 32, pp. 50-59.

Anderson, R.R. (2015), *Religious traditions*, in J.P. Galste e M.S. Verp, *Prenatal and Preimplantation Diagnosis: The Burden of Choice*, Dordrecht, Springer, pp. 195-227.

Ansari, A.H. (2010), *Issues in Islamic law*, New Delhi, Serials Publications.

Arabi, O. (2001), *Studies in modern Islamic law and jurisprudence*, The Hague, Kluwer Law International.

Aramini, M. (2007), *Bioetica e religioni*, Milano, Paoline.

Arbach, O. (2002), *Ethical Considerations in Syria regarding Reproduction Techniques*, in «Medicine and Law», 21, 2, pp. 395-402.

Arnardóttir, O.M. (2011), *Cultural Accommodation in Health Services and European Human Rights*, in E. Rynning e M. Hartlev (a cura di), *Nordic Health Law in a European Context: Welfare State Perspectives on Patients' Rights and Biomedicine*, Koninklijke, Brill, pp. 181-200.

Arousell, J. e Carlbom, A. (2016), *Culture and religious beliefs in relation to reproductive health*, in «Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology », 32, pp. 77-87.

Arshad, R. (2010), *Islamic family law*, London, Thomson Reuters.

Assim, U.M. e Sloth-Nielsen, J. (2014), *Islamic kafalah as an alternative care option for children deprived of a family environment*, in «African Human Rights Law Journal», 14, pp. 322-345.

Atighetchi, D. (2007), *Islamic Bioethics: Problems and Perspectives*, Dordrecht, Springer.

– (2009), *Islam e bioetica*, Roma, Armando.

– (2010), *Aspects of the Management of the Rising Life Comparing Islamic Law and the Laws of Modern Muslim States – De la manière de considérer l'aube de la vie: une comparaison entre droit musulman et droits des États musulmans contemporains*, in «Droit et Cultures, Actualités du droit musulman: genre, filiation et bioéthique», 59, pp. 305-329.

– (2014), *Islamic perspectives on vulnerable groups*, in J. Tham, A. Garcia e G. Miranda, *Religious Perspectives on Human Vulnerability in Bioethics*, Dordrecht, Springer, pp. 175-191.

– (2017), *Human rights and bioethics, an Islamic overview*, in J. Tham, A. Garcia e G. Miranda, *Religious Perspectives on Human Vulnerability in Bioethics*, Dordrecht, Springer, pp. 231-242.

Audi, R. (2018), *Ethical Theory and Moral Intuitions in Biomedical Decision-Making*, in M. Soniewicka (a cura di), *The Ethics of Reproductive Genetics: Between Utility, Principles and Virtue*, Dordrecht, Springer, pp. 3-12.

Awad, N.G. (2013), *Religio-phobia: Western Islam, Social Integration and the Resurgence of Religiosity in Europe*, in «The Muslim World», 3, 4, pp. 433-447.

Ayman, S. (2012), *Paternity between Law and Biology: The Reconstruction of the Islamic Law of Paternity in the Wake of DNA Testing*, in «Zygon: Journal of Religion & Science», 47, 1, pp. 214-239.

Baderin, M.A. (a cura di) (2014), *Islamic legal theory*, Farnham, Ashgate.

Bakhtiar, L. (1996), *Encyclopedia of Islamic law: A Compendium of the views of the major schools*, Chicago, IL, Kazi Publications.

Balnaves, M. e Caputi, P. (2001), *Introduction to Quantitative Research Methods: An Investigative Approach*, London, Thousand Oaks, Sage.

Bamdad, S. e Ahmad, A. (2014), *Public perspective towards third-party reproduction in Iran*, Paper EPC Princeton University, 0601, pp. 1-5.

Banakar, R. e Travers, M. (a cura di) (2005), *Theory and method in socio-legal research*, Oxford, Portland, OR, Hart.

Bantekas, I. (2007), *Religion as a Source of International Law*, in J. Rehman e S. Breau (a cura di), *Religion, Human Rights and International Law. A Critical Examination of Islamic State Practices*, Koninklijke, Brill, pp. 115-135.

Baral, J.K. e Chowdhury, A. (a cura di) (1999), *Family in Transition: Power and Development*, New Delhi, Northern Book Centre.

Baraldi, C., Barbieri, V. e Giarelli, G. (2008), *Immigrazione, mediazione culturale e salute*, Milano, Franco Angeli.

Bargach, J. (2002), *Orphans of Islam. Family, Abandonment and Secret Adoption in Morocco*, Lanham, Rowman & Littlefield Publishers.

Bausani, A. (a cura di) (1961), *Il Corano*, Firenze, Sansoni.

Baykara-Krumme, H. (2016), *Consanguineous Marriage in Turkish Families in Turkey and in Western Europe*, in «International Migration Review», 50, 3, pp. 568-598.

Beaman, L.G. (a cura di) (2012), *Reasonable Accommodation: Managing Religious Diversity*, Vancouver, UBC Press.

Beltramo, M., Longo, E.G., Merryman, J.H e Beltramo, S. (a cura di) (1969), *The Italian civil code*, Dobbs Ferry, NY, Oceana.

Benagiano, G. (2002), *Una legge che impone la malpractice? Osservazioni di un ginecologo sulla proposta di legge*, in «Bioetica», 10, pp. 561-563.

Benagiano, G., Filippi, V., Sgargi, S. e Gianaroli, L. (2014), *Italian Constitutional Court removes the prohibition on gamete donation in Italy*, in «Reproductive BioMedicine», 29, 6, pp. 662-664.

Benagiano, G. e Gianaroli, L. (2010), *The Italian Constitutional Court modifies Italian legislation on assisted reproduction technology*, in «Reproductive Bio-Medicine», 20, 3, pp. 398-402.

Benkheira, M.H. (2006), *Alliance, asymétrie et différence des sexes. Un problème d'exégèse juridique: la prohibition de la belle-mère et de la belle-fille*, in «Islamic Law & Society», 13, 2, pp. 153-207.

Berkowitz, P., Von Breska, E., Pien´kowski, J. e Catalina Rubianes, A. (2014), *The impact of the economic and financial crisis on the reform of Cohesion Policy 2008-2013*, European Commission Regional Working Paper, WP 03.

Bernard, R.H. (2000), *Social Research Methods: Qualitative and Quantitative Approaches*, Thousand Oaks, Sage.

– (2011), *Research Methods in Anthropology: Qualitative and Quantitative Approaches*, Lanham, Altamira, V ed.

Berry, S.E. (2011), *Bringing Muslim Minorities within the International Convention on the Elimination of All Forms of Racial Discrimination. Square Peg in a Round Hole?*, in «Human Rights Law Review», 11, 3, pp. 423-450.

Bertini, I. (2018), *Nuove forme di genitorilià e filiazione. Uso e abuso del richiamo alla natura*, Bologna, Il Mulino.

Biondi, S. (2013), *Access to medical-assisted reproduction and PGD in Italian law: A deadly blow to an illiberal statute? Commentary to the European Court on Human Rights's decision Costa and Pavan v. Italy (ECtHR, 28 August 2012, App. 54270/2010)*, in «Medical Law Review», 21, 3, pp. 474-486.

Bittles, A.H. (1994), *The role and significance of consanguinity as a demographic variable*, in «Population and Development Review», 20, pp. 561-584.

– (2002), *Endogamy, consanguinity and community genetics*, in «Journal of Genetics », 81, pp. 91-98.

– (2008), *A Community Genetics Perspective on Consanguineous Marriage*, in «Community Genetics», 11, pp. 324-330.

Bittles, A.H. e Hamamy, H.A. (2010), *Endogamy and consanguineous marriage in Arab populations*, in A.S. Teebi (a cura di), *Genetic disorders among Arab populations*, Heidelberg, Springer-Verlag, pp. 85-108.

Black, A., Hossein, E. e Nadirsyah, H. (2013), *Modern perspectives on Islamic Law*, Cheltenham, Edward Elgar.

Blaikie, N. (2008), *Analyzing Quantitative Data: From Description to Explanation*, London, Thousand Oaks, Sage.

Boggio, A. (2005), *Italy enacts new law on medically assisted reproduction*, in «Human Reproduction», 20, 5, pp. 1153-1157.

Borrmans, M. (1987), *Fécondation artificielle et éthique musulmane*, in «Lateranum», LIII, 1, pp. 88-103.

Bowe, B.J. e Makki, T.W. (2016), *Muslim neighbors or an Islamic threat? A constructionist framing analysis of newspaper coverage of mosque controversies*, in «Media, Culture & Society», 38, 4, pp. 540-558.

Bracchi, E. e Simoncini, C. (2016), *La Reglementation de l'Assistance Medicale a la Procreation en Italie: le Droit Face a une Nouvelle Conception de la Famille*, In «Canadian Journal of Women and the Law/Revue Femmes et Droit», 28, pp. 548-567.

Branca, P. (2001), *Il Corano. Il libro sacro della civiltà islamica*, Bologna, Il Mulino.

Breau, S.C. (2007), *Human Rights and Cultural Relativism: The False Dichotomy*, in J. Rehman e S. Breau (a cura di), *Religion, Human Rights and International Law. A Critical Examination of Islamic State Practices*, Koninklijke, Brill, pp. 137-165.

Brenwald, M.L. e Rede, K. (1999), *A Primer on Posthumous Conception and Related Issues of Assisted Reproduction*, in «Washburn Law Journal», 38, pp. 599-604.

Brkovich, A.M. e Fisher, W.A. (1998), *Psychological distress and infertility: Forty years of research*, in «Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology», 19, 4, pp. 218-228.

Browner, C.H. e Sargent, C.F. (a cura di) (2011), *Reproduction, Globalization and the State: New Theoretical and Ethnographic Perspectives*, London, Duke University Press.

Brunet, L. (2010), *La réception en droit français des institutions familiales de droit musulman: vertus et faiblesses d'un compromis*, in «Droit et Cultures, Actualités du droit musulman: genre, filiation et bioéthique», 59, I, pp. 231-251.

Brunn, S.D. e Gilbreath, D.A. (a cura di) (2015), *The Changing World Religion Map. Sacred Places, Identities, Practices and Politics*, Dordrecht, New York, London, Heidelberg, Springer.

Brustia Rutto, P. e Agostini, F. (2008), *Psicologia della genitorialità: modelli, ricerche, interventi*, Torino, Antigone.

Bryman, A. (2001), *Social research methods*, Oxford, New York, OUP.

Bucar, E.M.e Stalnaker, A. (a cura di) (2012), *Religious Ethics in a time of Globalism. Shaping Third Wave of Comparative Analysis*, Basingstoke, Palgrave.

Büchler, A .e Kayasseh, E.S. (2014), *Medically Assisted Reproduction in Egypt, Iran, Saudi Arabia and the United Arab Emirates. Sunni and Shia Legal Debates*, in «European Journal of Law Reform», 16, 2, pp. 430-464.

Bulmer, M. (a cura di) (2003), *Sociological research methods. An introduction*, Piscataway, Macmillan Press, II ed.

Bundren, M.R. (2007), *Influence of Catholicism, Islam and Judaism on the Assisted Reproductive Technologies (ART) Bioethical and Legal Debate: A Comparative Survey of ART in Italy, Egypt and Israel*, in «University of Detroit Mercy Law Review», 84, 5, pp. 715-746.

Burney, M.I. (1993), *Health and medical profile of the Muslim world*, Islamabad, Pakistan, COMSTECH Secretariat.

Buzzi, F. and Tassi, G. (2011), *La procreazione medicalmente assistita: normativa, giurisprudenza e aspetti medico legali*, Milano, Giuffre.

Bydlowski, M. (2008), *Les enfants du désir*, Paris, Editions Odile Jacob.

Camenisch, P.F. (a cura di) (1994), *Religious Methods and Resources in Bioethics*, Dordrecht, Springer.

Campagnoli, M.C. (2017), *Procreazione medicalmente assistita e fecondazione eterologa: il percorso frastagliato della legge 40/2004. Fattispecie, disciplina e profili giurisprudenziali*, Vicalvi, Key.

Campanini, M. (2008), *Il Corano e la sua interpretazione*, Roma-Bari, Laterza.

Caputo, G. (1990), *Introduzione al diritto islamico*, Torino, Giappichelli.

Carol, S. (2016), *Like Will to Like? Partner Choice among Muslim Migrants and Natives in Western Europe*, in «Journal of Ethnic and Migration Studies», 42, 2, pp. 261-276.

Castiglioni, M. (1997), *La mediazione linguistico-culturale. Principi, strategie, esperienze*, Milano, Franco Angeli.

Castro, F. (1985), *Diritto musulmano e dei paesi musulmani*, in *Enciclopedia giuridica*, Roma-Treccani, IV, pp. 1-18.

– (2007), *Il modello islamico*, edito da G.M. Piccinelli, Torino, Giappichelli.

Centro Studi e Ricerche IDOSe Confronti (2016), *Dossier Statistico Immigrazione 2016*, Roma, Edizioni IDOS.

– (2017), *Dossier Statistico Immigrazione 2017*, Roma, Edizioni IDOS.

Césari, J. (2007), *Muslim Identities in Europe: The Snare of Exceptionalism*, in A. Al-Azmehe e E. Fokas (a cura di), *Islam in Europe: Diversity, Identity and Influence*, Cambridge, CUP, pp. 49-67.

– (2015), *Introduction*, in J. Césari (a cura di), *The Oxford Handbook of European Islam*, Oxford, OUP, pp. 1-20.

Chamsi-Pasha, H. e Al-Bar, M.A. (2015), *Assisted reproductive technology: Islamic Sunni perspective*, in «Human Fertility, an international, multidisciplinary journal dedicated to furthering research and promoting good practice», 18, 2, pp. 107-112.

Charsley, K. e Liversage, A. (2015), *Silenced Husbands: Muslim Marriage, Migration and Masculinity*, in «Men and Masculinities», 18, 4, pp. 489-508.

Chelo, E. (2013), *L'evoluzione delle techniche di procreazione assistita e gli effetti della legge 40*, in L. Lombardie S. De Zordo, *La procreazione medicalmente assistita e le sue sfide. Generi, tecnologie e disuguaglianze*, Milano, Franco Angeli, pp. 144-152.

Chopin, T. e Foucher, M. (a cura di) (2016), *The State of the Union. 2016 Schuman Report on Europe*, Paris, Foundation Robert Schuman & Lignes de Reperes.

– (a cura di) (2017), *The State of the Union. 2017 Schuman Report on Europe*, Paris, Foundation Robert Schuman & Lignes de Reperes.

Christen, M., van Schaik, C., Fischer, J., Huppenbauer, M. e Tanner, C. (a cura di) (2014), *Empirically Informed Ethics: Morality between Facts and Norms*, Dordrecht, Springer.

Cicero, C. (2016), *The Italian Reform of the Law on Filiation and Constitutional Legality*, in «Italian Law Journal», 2, 2, pp. 237-252.

Cilardo, A. (2009), *Diritto di famiglia islamico*, in A. Cilardo e F. Mennillo (a cura di), *Due sistemi a confronto. La famiglia nell'Islam e nel diritto canonico*, Padova, Cedam, pp. 3-58.

– (a cura di) (2011), *La tutela dei minori di cultura islamica nell'area mediterranea. Aspetti sociali, giuridici e medici*, Napoli, Edizioni Scientifiche Italiane.

Ciocca, F. (2017), *Quanti sono i musulmani in Italia? Stime, analisi e proiezioni*, in «Lenius», 22 agosto, pp. 1-12.

Cipolletta, S. e Faccio, E. (2013), *Time experience during the assisted reproductive journey: A phenomenological analysis of Italian couples' narratives*, in «Journal of Reproductive and Infant Psychology», 31, 3, pp. 285-298.

Clarke, M. (2006a), *Islam, kinship and new reproductive technology*, in «Anthropology Today», 22, 5, pp. 17-20.

– (2006b), *Shiite perspectives on kinship and new reproductive technologies*, in «ISIM Review», 17, Spring, pp. 26-27.

– (2007a), *The modernity of milk kinship*, in «Social Anthropology», 15, 3, pp. 271-411.

– (2007b), *Closeness in the Age of Mechanical Reproduction: Debating Kinship and Biomedicine in Lebanon and the Middle East*, in «Anthropological Quarterly », 80, 2, Spring, pp. 379-402.

– (2009), *Islam and New Kinship: Reproductive Technology and the Shariah in Lebanon*, NY, Oxford, Berghahn.

– (2015), *Moral bioethics in transnational perspective*, in K. Hampshire e B. Simpson (a cura di), *Assisted reproductive technologies in the third phase. Global encounters and emerging moral worlds*, New York, Oxford, Berghahn, pp. 30-45.

Cliteur, P. (2011), *Female Critics of Islamism: Liberal or Secular Islam?*, in «Feminist Theology», 19, 2, pp. 154-168.

Coglitore, M.T. (2002), *Aspetti psicologici, relazionali e sessuali della coppia sterile*, in A. Santosuosso, C.A. Redi, S. Garagna e M. Zuccotti, *I giudici davanti alla genetica*, Pavia, Collegio Ghislieri, pp. 67-71.

Collins, J., Evers, J.L., Leridon, H., Lutz, W., te Velde, E., Thevenon, O., Crosignani, P.G., Devroey, P., Diedrich, K., Fauser, B.C., Fraser, L., Geraedts, J.P., Gianaroli, L., Glasier, A., Sunde, A., Tarlatzis, B., Van Steirteghem, A., Veiga, A., Collins, J. e Crosignani, P.G. (2010), *Europe the continent with the lowest fertility*, in «Human Reproduction Update», 16, 6, pp. 590-602.

Comitato Nazionale per la Bioetica (a cura di) (1995), *La fecondazione assistita. Documenti del Comitato Nazionale per la Bioetica*, Roma, Istituto Poligrafico e Zecca dello Stato.

Compagnoni, F. e D'Agostino, F. (a cura di) (2003), *Il confronto interculturale: dibattiti bioetici e pratiche giuridiche. Bioetica, diritti umani e multietnicità*, Cinisello Balsamo, San Paolo.

Conte, É. (2001), *Affinités electives et parenté arabe*, in «Études rurales», 157/158, *Jeux, conflits, représentations*, pp. 65-94.

Conti, A. e Delbon, P. (2005), *Medically-Assisted Procreation in Italy* in «Medicine and Law», 24, 1, pp. 163-172.

Cook, R.J. (1992), *International Protection of Women's Reproductive Rights*, in «New York University Journal of International Law and Politics», 24, 2, pp. 645-728.

Creswell, J.W. (2014), *Research Design: Qualitative, Quantitative and Mixed Methods Approaches*, Los Angeles, Sage.

Culley, L., Hudson, N. e Van Rooij, F. (a cura di) (2009), *Marginalized Reproduction: Ethnicity, Infertility and Reproductive Technologies*, London, Earthscan.

Cumper, P. (2014), *Multiculturalism, Human Rights and the Accommodation of Sharia Law*, in «Human Rights Law Review», 14, pp. 31-57.

Dacquino, S. e Bergallo, A. (2016), *Guida ai servizi sanitari per immigrati*, Torino, Regione Piemonte, LDF.

Daher, A., Rosenfeld, Y. e Keinan-Boker, L. (2015), *Adoption Law, Dilemmas, Attitudes and Barriers to Adoption among Infertility Patients in Israel*, in «Medicine and Law», 34, 1, pp. 55-68.

D'Amico, M. (2013), *La fecondazione artificiale fra legislatore e giudici*, in L. Lombardi e S. De Zordo (a cura di), *La procreazione medicalmente assistita e le sue sfide. Generi, tecnologie e disuguaglianze*, Milano, Franco Angeli, pp. 91-104.

De Bellefonds, L.Y. (1965), *Traité de droit musulman comparé*, Paris, La Haye.

de Costa, C.M. (2002), *Consanguineous marriage and its relevance to obstetric practice*, in «Obstetrical and Gynecological Survey», 57, 8, pp. 530-536.

Defensor-Santiago, M. (2011), *Responsible Planning and Reproductive Health*, in «Philippine Law Journal», 86, 1, pp. 54-94.

de Groot, J. e Morgan, S. (2013), *Beyond the «Religious Turn»? Past, Present and Future Perspectives in Gender History*, in «Gender & History», 25, 3, pp.395-422.

Denzin, N.K. (1989), *The research act: A theoretical introduction to sociological methods*, Englewood Cliffs, NJ, Prentice Hall.

Denzin, N.K. e Lincoln, Y.S. (a cura di) (1994), *The handbook of qualitative research*, London, Sage.

– (a cura di) (1998), *Collecting and interpreting qualitative materials*, London, Thousand Oaks, Sage.

de Souza, I.E.T. (2016), *Intercultural Mediation in Healthcare: From the Professional Medical Interpreters' Perspective*, Bloomington, Xilibris.

De Vries, R.G. e Subedi, J. (1998), *Bioethics and Society: Constructing the Ethical Enterprise*, Upper Saddle River, Prentice-Hall.

Dickens, B.M. (2002), *Ethical issues arising from the use of assisted reproductive technologies*, in E. Vayena, P.J. Rowe e P.D. Griffin (a cura di), *Current Practices and Controversies in Assisted Reproduction Report of a meeting on «Medical, Ethical and Social Aspects of Assisted Reproduction» held at WHO Headquarters in Geneva, Switzerland, 17-21 September 2001*, Geneva, World Health Organization, pp. 333-348.

Dien, M.I. (2004a), *Introduction to Islamic law: The Sunni tradition*, Edinburgh, Edinburgh University Press.

– (2004b), *Islamic law: From historical foundations to contemporary practice*, Edinburgh, Edinburgh University Press.

DiMarco, E. (2009), *The Tides of Vatican Influence in Italian Reproductive Matters:From Abortion to Assisted Reproduction*, in «Rutgers Journal of Law and Religion », 10, 2, pp. 1-30.

Dogliotti, M. (1994), *Inseminazione eterologa e azione di disconoscimento: una sentenza da dimenticare*, in «Famiglia e Diritto», pp. 182 ff.

Donner, F. (2007), *The historical context*, in J.D. McAuliffe, *The Cambridge Companion to the Qur'an*, Cambridge, CUP, pp. 31-33.

Dooley, M., Dineen, T., Sarma, K. e Nolan, A. (2014), *The psychological impact of infertility and fertility treatment on the male partner*, in «Human Fertility», 17, 3, pp. 203-209.

Dossetti, M., Lupo, M. e Moretti, M. (a cura di) (2009), *Cinque anni di applicazione della legge sulla procreazione assistita: problemi e responsabilità*, Milano, Giuffre.

Draz, M.A. (2000), *Introduction to the Quran*, London, New York, I.B. Tauris.

Duca, R. (2014), *Family Reunification: The Case of the Muslim Migrant Children in Europe*, in «Athens Journal of Social Sciences», aprile, pp. 111-120.

Düwell, M. (2013), *Bioethics: Methods, Theories, Domains*, London, Routledge.

Eich, T. (2012), *Constructing kinship in Sunni Islamic legal texts*, in M.C. Inhorn e S. Tremayne (a cura di), *Islam and Assisted Reproductive Technologies: Sunni and Shia Perspectives*, New York, Oxford, Berghahn, pp. 27-52.

el-Kak, F. (2005), *Reproduction: Abortion. Arab States*, in S. Joseph e A. Năмabadi (a cura di), *Encyclopedia of Women & Islamic Cultures*, vol. III, *Family, Body, Sexuality, and Health*, Leiden, Brill, pp. 303-305.

El-Khuffash, A. e Unger, S. (2012), *The Concept of Milk Kinship in Islam Issues Raised when Offering Preterm Infants of Muslim Families Donor Human Milk*, in «Journal of Human Lactation», 28, 2, maggio, pp. 125-127.

El-Kosheri, A.S. (1999), *Islamic schools of law*, in C. Bar (a cura di), *Islamic Law and its reception by the courts in the West*, Köln, Karl Heymanns Verlag, pp. 35-46.

Elliott, J. (2005), *Using Narrative in Social Research: Qualitative and Quantitative Approaches*, London, Sage.

Emilsen, W.W. (2012), *The New Atheism and Islam*, in «The Expository Times», 123, 11, pp. 521-528.

Emon, A.M. (2012), *Islamic natural law theories*, Oxford, OUP.

ESHRE, European Society of Human Reproduction and Embryology (2008), *Comparative Analysis of Medically Assisted Reproduction in the EU: Regulation and Technologies (SANCO/2008/C6/051). Final report*, Grimbergen, ESHRE.

Esposito, J.L. e Voll, J.O. (2000), *Islam and the West: Muslim Voices of Dialogue*, in «Millennium: Journal of International Studies», 29, 3, pp. 613-639.

Fadel, H.E. (2002), *The Islamic Viewpoint on New Assisted Reproductive Technologies*, in «Fordham Urban Law Journal», 30, 1, pp. 147-157.

– (2005), *Islamic Shari'ah Rulings on New Reproductive Choices*, in «Journal of the Islamic Medical Association of North America», 37, pp. 70-77.

Falcón y Tella, F. (2007), *A Study of Some of the Main Challenges Currently Presented to Human Rights*, in Id. (a cura di), *Challenges for Human Rights*, Leiden, Koninklijke Brill, pp. 4-99.

Fallon, M. (2016), *Writing up quantitative research in the social and behavioural sciences*, Rotterdam, Boston, Sense publishers.

Far, M.Y.K. (a cura di) (2007), *A Selection of Islamic Laws Based on the Verdicts of Grand Ayatollah Yousof Saanei*, Qom, Feqh.

Faramarzi, A., Hosseini, A., Borzoui e, Z.e Khalili, M.A. (2014), *A survey of infertile women's attitudes towards surrogacy*, in «Journal of Jahrom University of Medical Sciences», 11, p. 114.

Faruki, K.A. (1975), *Islamic Jurisprudence*, Karachi, National Book Foundation, II ed.

Fasouliotis, S.J. e Schenker, J.G. (1999), *Social aspects in assisted reproduction*, in «Human Reproduction Update», 5, 1, pp. 26-39.

Ferrando, G. (a cura di) (1991), *Atti del convegno tenuto a Genova nel 1987*, Padova, Cedam.

– (2013), *La nuova legge sulla filiazione. Profili sostanziali*, in «Corriere giuridico », IV, pp. 525-535.

– (2016), *La fecondazione assistita nel dialogo fra le corti*, in «Nuova Giurisprudenza Civile Commentata», I, pp. 165-170.

Ferraretti, A.P., Goossens, V., de Mouzon, J., Bhattacharya, S., Castilla, J.A., Korsak, V., Kupka, M., Nygren, K.G., Nybo e Andersen, A., European IVFMonitoring (EIM)e Consortium for European Society of Human Reproduction and Embryology (ESHRE) (2012), *Assisted reproductive technology in Europe, 2008. Results generated from European registers by ESHRE*, in «Human Reproduction», 27, 9, pp. 2571-2584.

Ferraretti, A.P., Goossens, V., Kupka, M., Bhattacharya, S., De Mouzon, J., Castilla, J.A., Erb, K., Korsak, V. e Nyboe Andersen, A., European IVF-Monitoring (EIM), Consortium for the European Society of Human Reproduction, and Embryology (ESHRE) (2013), *Assisted reproductive technology in Europe, 2009. Results generated from European registers by ESHRE*, in «Human Reproduction », 28, 9, pp. 2318-2331.

Ferrero, C.I.A. (2017), *Concepimento e gestazione: Islam*, in Various Authors, *Salute e identità religiose. Per un approccio multiculturale nell'assistenza alla persona*, Milano, Biblioteca Ambrosiana, CoReIse Collegio IPASVI, p. 126.

Financial and Banking Information Infrastructure Committee (2006), *A Guide to Names and Naming Practices*, UK, FBIIC, disponibile online all'indirizzo https://www.fbiic.gov/public/2008/nov/Naming_practice_guide_UK_2006.pdf.

Fineschi, V., Neri, M. e Turillazzi, E. (2005), *Law, ethics and medicine. The new Italian law on assisted reproduction technology (Law 40/2004)*, in «Journal of Medical Ethics», 31, 9, pp. 536-539.

Fiorucci, M. (2007), *La mediazione culturale: strategie per l'incontro*, Roma, Armando.

Fiqh Academy (2001), *Resolution and Recommendations of the Council of the Islamic Fiqh Academy (1985-2000)*, Jeddah, Islamic Research and Training Institute, Islamic Development Bank.

Flick, U. (1998), *An introduction to qualitative research: Theory, method and applications*, London, Sage.

Fondazione ISMU (2014), *Religioni in Italia e nel mondo*, in «ISMU Iniziative e Studi», maggio, pp. 1-3.

– (2016a), *Immigrati e religioni in Italia: gli ortodossi sono più numerosi dei musulmani*, in «ISMU Iniziative e Studi», luglio, 1-4.

– (2016b), *The Twenty-first Italian Report on Migrations 2015*, Milano, Mc- Graw-Hill Education.

Ford, C.S. (1945), *A Comparative Study of Human Reproduction*, New Haven, Yale University Press.

Fortier, C. (2001), *Le lait, le sperme, le dos. Et le sang? Représentations physiologiques de la filiation et de la parenté de lait en islam malékite et dans la société maure*, in «Cahiers d'Études Africaines», 41, 161, pp. 97-138.

– (2010), *Le droit musulman en pratique: Genre, filiation et bioéthique*, in «Droit et Cultures, Actualités du droit musulman: genre, filiation et bioéthique», 59, pp. 15-40.

Fowler, M.D., Reimer Kirkham, S., Sawatzky, R. e Johnston Taylor, E. (a cura di) (2012), *Religion, Religious Ethics and Nursing*, New York, Springer.

Fox, R.C. e Swazey, J.P. (2008), *Observing Bioethics*, Oxford, OUP.

Freeman, T., Graham, S., Ebtehaj, F. e Richards, M. (a cura di) (2014), *Relatedness in Assisted Reproduction. Families, origins and identities*, Cambridge, CUP.

Gagnon, A.J. e Redden, K.L. (2016), *Reproductive health research of women migrants to Western countries: A systematic review for refining the clinical lens*, in «Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology», 32, pp. 3-14.

Gale, R. (2007), *The Place of Islam in the Geography of Religion: Trends and Intersections*, in «Geography Compass», 1, 5, pp. 1015-1036.

Galst, J.P. e Verp, M.S. (a cura di) (2015), *Prenatal and Preimplantation Diagnosis: The Burden of Choice*, Dordrecht, Springer.

Gardner, D.K., Weissman, A., Howles, C.M. e Shoham, Z. (a cura di) (2009), *Textbook of Assisted Reproductive Technologies: Laboratory and Clinical Perspectives*, London, Informa, III ed.

– (a cura di) (2012), *Textbook of Assisted Reproductive Techniques*, Boca Raton, Informa, vol. I, IV ed.

Garmaroudi Naef, S. (2012), *Gestational Surrogacy in Iran: Uterine Kinship in Shia Thought and Practice*, in M.C. Inhorn e S. Tremayne (a cura di), *Islam and Assisted Reproductive Technologies: Sunni and Shia Perspectives*, New York, Oxford, Berghahn, pp. 157-193.

– (2015), *The Iranian Embryo Donation Law and Surrogacy Regulations: The Intersection of Religion, Law and Ethics*, in «Welt des Islams», 55, 3/4, pp. 348-377.

Garner, S. e Selod, S. (2015), *The Racialization of Muslims: Empirical Studies of Islamophobia*, in «Critical Sociology», 41, 1, pp. 9-19.

Gatrad, A.R. e Sheik, A. (2001), *Muslim birth customs*, in «Archives of Disease in Childhood Fetal Neonatal Edition», 84, I, gennaio, pp. 6-8.

Gavioli, L. (2009), *La mediazione linguistico culturale: una prospettiva interazionista*, Perugia, Guerra.

Ghaly, M. (a cura di) (2016), *Islamic Perspectives on the Principles of Biomedical Ethics*, London, World Scientific Publishing.

Ghanem, I. (1987), *The Response of Islamic Jurisprudence to Ectopic Pregnancies, Frozen Embryo Implantation and Euthanasia*, in «Medicine, Science and the Law», 3, pp. 187-190.

Gitsels-van der Wal, J.T., Manniën, J., Ghaly, M.M., Verhoeven, P.S., Hutton, E.K., e Reinders, H.S. (2014), *The role of religion in decision-making on antenatal screening of congenital anomalies: A qualitative study amongst Muslim Turkish origin immigrants*, in «Midwifery», 30, 3, pp. 297-302.

Gleave, R. (1997), *Akhbari Shi'i usul al-fiqh and the juristic theory of Yusuf al-Bahrani*, in R. Gleave e E. Kermeli (a cura di), *Islamic law. Theory and practice*, London, I.B. Tauris, pp. 24-45.

Gleave, R. e Kermeli, E. (a cura di) (1997), *Islamic law: Theory and practice*, London, I.B. Tauris.

Gooshki, E.S. e Allahbedashti, N. (2015), *The process of justifying assisted reproductive technologies in Iran*, in «Indian Journal of Medical Ethics», 12, 2, pp. 87-96.

Gray, G. e Guppy, N. (1994), *Successful surveys: Research methods and practice*, Toronto, Harcourt Brace.

Grebeldinger, J. (2013), *Assisted Reproductive Technologies: Reviewing Recent Perspectives and Addressing Research Gaps in Medical Anthropology*, Institute for Global and International Studies, Working Papers, 8, pp. 1-18.

Griffel, F. (2012), *Introduction*, in M.C. Inhorn e S. Tremayne (a cura di), *Islam and Assisted Reproductive Technologies: Sunni and Shia Perspectives*, New York, Oxford, Berghahn, pp. 24-26.

Grothaus-Day, C. (2005), *From Pipette to Cradle, from Immortality to Extinction*, in «Rutgers Journal of Law and Religion», 7, 2, pp. 1-44.

Guessous, N. (2012), *Women's rights in Muslim societies: Lessons from the Moroccan experience*, in «Philosophy and Social Criticism», 38, 4-5, pp. 525-533.

Gulino, M., Pacchiarotti, A., Montanari Vergallo, G. e Frati, P. (2013), *Is age the limit for human-assisted reproduction techniques? «Yes», said an Italian judge*, in «Journal of Medical Ethics», 39, pp. 250-252.

Gunderson, G. e Cochrane, J. (2012), *Religion and the Health of the Public. Shifting the Paradigm*, Basingstoke, Palgrave.

Guolo, R. (2009), *La sharia in Italia. Il diritto parallelo nelle comunità islamiche*, in «Diritto, immigrazione e cittadinanza», X, 1, pp. 15-28.

Gürtin, Z.B., Inhorn, M.C. e Tremayne, S. (2015), *Islam and Assisted Reproduction in the Middle East: Comparing the Sunni Arab World, Shia Iran and Secular Turkey*, in S.D. Brunn e D.A. Gilbreath (a cura di), *The Changing World Religion Map. Sacred Places, Identities, Practices and Politics*, Dordrecht, New York, London, Heidelberg, Springer, pp. 3137-3153.

Hackett, C. (2016), *5 facts about the Muslim population in Europe*», in «Fact Tank», luglio, 19.

Haleem, A.M.A.S. (a cura di) (2004), *The Qur'an,* Oxford, OUP.

Hallaq, W.B. (1997), *A history of Islamic legal theories: An introduction to Sunni uṣul al-fiqh*, Cambridge, CUP.

– (2009), *An Introduction to Islamic Law*, Cambridge, CUP.

Hamamy, H. (2012), *Consanguineous marriages. Preconception consultation in primary health care settings*, in «Journal of Community Genetics», 3, 3, pp. 185-192.

Hameed, S. (2015), *Making sense of Islamic creationism in Europe*, in «Public Understanding of Science», 24, 4, pp. 388-399.

Hammer, J. e Spielhaus, R. (2013), *Muslim Women and the Challenge of Authority: An Introduction*, in «The Muslim World», 103, 3, Special Issue, *Muslim Women and the Challenge of Authority*, pp. 287-294.

Hampshire, K. e Simpson, B. (a cura di) (2015), *Assisted reproductive technologies in the third phase. Global encounters and emerging moral worlds*, New York, Oxford, Berghahn.

Haneef, S.S.S. (2016), *The Status of an Illegitimate Child in Islamic Law: A Critical Analysis of DNA Paternity Test*, in «Global Jurist», 16, 2, pp. 159-173.

Haq, F. e Rizvi, J. (2008), *Infertility and polycystic ovarian syndrome: A study of association between body mass index and intrafamily marriages*, in «Gynecologic and Obstetric Investigation», 65, 4, pp. 269-274.

Harrison, C. (2014), *Who is your Mother? Who is your Father? Assisted Reproductive Technologies in the Light of Sunni and Shi'a Law*, in «Journal of Shi'a Islamic Studies», 7, 1, pp. 23-37.

Hasan, K. (2009), *The medical and social costs of consanguineous marriages among British Murpiris*, in «South Asia Research», 29, 3, pp. 275-298.

Hashemi, K. (2008), *Muslim Legal Traditions of Dhimmah and Relevant Human Rights Law*, in Id. (a cura di), *Religious Legal Traditions, International Human Rights Law and Muslim States*, Leiden, Koninklijke Brill, pp. 139-174.

Hassan, H.H. (1997), *An introduction to the study of Islamic law*, Islamabad, International Islamic University.

Hassan, S. (2015), *Law-Abiding Citizen: Recent Fatwas on Muslim Minorities' Loyalty to Western Nations*, in «The Muslim World», 105, 4, Special Issue, *Muslim Modernities: Interdisciplinary Insights across Time and Space*, pp. 516-539.

Hemayatkhah, M., Hemayatkhah, Z. e Jahromi Farahi, E. (2014), *A review of ethical issues involved in fertility treatments in different religious frameworks: Cases in Judaism, Christianity and Islam*, in «Journal of Jahrom University of Medical Sciences», 11, p. 65.

Hippocrene Books (a cura di) (1999), *Arabic First Names*, New York, Hippocrene Books.

Hollway, W. e Jefferson, T. (2000), *Doing qualitative research differently: Free association, narrative and the interview method*, London, Sage.

Holm, S. e Jonas, M.F. (a cura di) (2004), *Engaging the World: The Use of Empirical Research in Bioethics and the Regulation of Biotechnology*, Amsterdam, IOS Press.

Holy, L. (1989), *Kinship, honour and solidarity: Cousin marriage in the Middle East*, Manchester, Manchester University Press.

Hooker, M.B. (1988), *Muhammadan law and Islamic law*, in Id. (a cura di), *Islam in South-East Asia*, Leiden, Brill, pp. 160-182.

Horlacher, G.T. (2000), *Various Country and Ethnic Naming Customs*, in «Pro-Genealogists, Articles & Education», disponibile online all'indirizzo https://web.archive.org/web/20140705131227/http://www.progenealogists.com/namingpatterns.htm.

Houot, S. (2010), *Des usages éthiques du droit islamique: une réponse aux enjeux posés par la reproduction médicalement assistée*, in «Droit et Cultures, Actualités du droit musulman: genre, filiation et bioéthique», 59, pp. 331-355.

– (2012), *Islamic jurisprudence (Fiqh) and assisted reproduction: Establishing limits to avoid social disorders*, in M.C. Inhorn e S. Tremayne, *Islam and Assisted Reproductive Technologies: Sunni and Shia Perspectives*, New York, Oxford, Berghahn, pp. 53-69.

Huff, T.E. (2003), *Max Weber and the methodology of the social sciences*, New Brunswick, NJ, Transaction Publishers.

Hughes, C.L. (2011), *The «Amazing» Fertility Decline: Islam, Economics and Reproductive Decision Making among Working-Class Moroccan Women*, in «Medical Anthropology Quarterly», 25, 4, pp. 417-435.

Hull, T.H. (2005), *Reproductive health trends in Islamic countries*, in W.J. Gavin, e M.S. Karim (a cura di), *Islam, the state and population policy*, London, Hurst & Co, pp. 56-80.

Hunt, S. (a cura di) (2016), *Judaism and Islam*, Abingdon, Routledge.

Husain, F. e O'Brien, M. (2000), *Muslim Communities in Europe: Reconstruction and Transformation*, in «Current Sociology», 48, 4, pp. 1-13.

Hussain, R. (1999), *Community perceptions of reasons for preference for consanguineous marriages in Pakistan*, in «Journal of Biosocial Science», 31, pp. 449-461.

Hussain, R. e Bittles, A.H. (2000), *Sociodemographic correlates of consanguineous marriage in the Muslim population of India*, in «Journal of Biosocial Science», 32, 4, pp. 433-442.

IARTR, Italian Assisted Reproductive Technology Register (2015), *Executive Summary. Monitoring the activity and outcomes of Italian ART centers in 2013*, Roma, Istituto Superiore di Sanità, Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute.

– (2016), *Executive Summary. Monitoring the activity and outcomes of Italian ART centers in 2014*, Roma, Istituto Superiore di Sanità, Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute.

– (2017), *Executive Summary. Monitoring the activity and outcomes of Italian ART centers in 2015*, Roma, Istituto Superiore di Sanità, Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute.

ibn Auda, D. (2013), *Period Arabic Names and Naming Practices*, in «Society for Creative Anachronism», disponibile online all'indirizzo http://heraldry.sca.org/laurel/names/arabic-naming2.htm.

IkRan, E. (2009), *A Study on Islamic Consumerism from a Cultural Perspective. Intensification of Muslim identity and its impact on the emerging Muslim market*, in «International Area Review», 12, 2, pp. 3-19.

Imam, Y.O. (2005), *Islam and Reproductive Health*, in «Science and Religion: Global Perspectives», 4th-8th giugno, pp. 1-21.

IMANA Ethics Committee (2005a), *Islamic medical ethics: The IMANA Perspective*, in «Journal of the Islamic Medical Association of North America», 37, pp. 33-42.

– (2005b), *Islamic medical ethics: The IMANA Perspective*, in «JK-Practitioner», 12, 4, pp. 231-237.

Inhorn, M.C. (1994), *Quest for Conception Gender, Infertility and Egyptian Medical Traditions*, Philadelphia, University of Pennsylvania Press.

– (2003), *Local Babies, Global Science: Gender, Religion and in Vitro Fertilization in Egypt*, London, Routledge.

– (2005), *Fatwas and ARTs: IVF and Gamete Donation in Sunni v. Shi'a Islam*, in «Journal of Gender, Race & Justice», 9, 2, pp. 291-318.

– (2006a), *Making muslim babies: IVF and gamete donation in sunni versus shi'a islam*, in «Culture, Medicine and Psychiatry», 30, 4, pp. 427-450.

– (2006b), *Reproduction: New Technologies*, in S. Joseph e A. Năмabadi (a cura di), *Encyclopedia of Women & Islamic Cultures: Family, Body, Sexuality and Health*, Leiden, Brill, vol. III, pp. 350-352.

– (2006c), *The «worms are weak»: Male infertility and patriarchal paradoxes in Egypt*, in L. Ouzgane (a cura di), *Islamic masculinities*, London, Zed Books, pp. 217-237.

– (2011a), *Globalization and gametes: Reproductive «tourism», Islamic bioethics, and Middle Eastern modernity*, in «Anthropology & Medicine», 18, pp. 87-103.

– (2011b), *Globalization and gametes*, in C.H. Browner e C.F. Sargent (a cura di), *Reproduction, Globalization and the State: New Theoretical and Ethnographic Perspectives*, London, Duke University Press, pp. 126-137.

– (2012), *The New Arab Man: Emergent Masculinities, Technologies and Islam in the Middle East*, Princeton, PUP.

– (2015a), *(Islamic), ART Journeys and moral pioneers. New reproductive technologies in Islamic local moral worlds*, in K. Hampshire e B. Simpson (a cura di), *Assisted reproductive technologies in the third phase. Global encounters and emerging moral worlds*, New York, Oxford, Berghahn, pp. 20-28.

– (2015b), *The New Arab Man: Emergent Masculinities, Technologies and Islam in the Middle East*, in *Key Issues in Religion and World Affairs*, Boston, Institute on Culture, Religion & World Affairs, pp. 1-14.

Inhorn, M.C. e Gürtin, Z.B. (2012), *Infertility and Assisted Reproduction in the Muslim Middle East: Social, Religious and Resource Considerations*, in «Facts, Views and Vision in Obstetrics and Gynecology», Monograph, pp. 24-29.

Inhorn, M.C., Patrizio, P. e Serour, G.I. (2010), *Third-party reproductive assistance around the Mediterranean. Comparing Sunni Egypt, Catholic Italy and multisectarian Lebanon*, in «Reproductive BioMedicine Online», 21, 7, pp. 848-853.

– (2012), *Third-party reproductive assistance around the Mediterranean. Comparing Sunni Egypt, Catholic Italy and multisectarian Lebanon*, in M.C. Inhorn e S. Tremayne (a cura di), *Islam and Assisted Reproductive Technologies: Sunni and Shia Perspectives*, New York, Oxford, Berghahn, pp. 223-260.

Inhorn, M.C. e Tremayne, S. (a cura di) (2012), *Islam and Assisted Reproductive Technologies: Sunni and Shia Perspectives*, New York, Oxford, Berghahn.

– (2016), *Islam, Assisted Reproduction and the Bioethical Aftermath*, in «Journal of Religion and Health», 55, 2, aprile, pp. 422-430.
International Islamic Center for Population Studies and Research (1998), *Islamic Manual of Family Planning*, Cairo, IICPSR.
IOIM, International Organization of Islamic, Medicine, Islamic Medical Association of South Africa (1982), *Islamic code of medical ethics*, Qualbert, Kuwait document.
Ishak, M.S.B. e Haneef, S.S.S. (2014), *Reproductive technology: A critical analysis of theological responses in Christianity and Islam*, in «Zygon: Journal of Religion & Science», 49, 2, pp. 396-413.
Ishaque, S. (2008), *Islamic Principles on Adoption: Examining the Impact of Illegitimacy and Inheritance Related Concerns in Context of a Child's Right to an Identity*, in «International Journal of Law, Policy and the Family», 22, 3, pp. 393-420.
Islam, S. (2013), *Ethics of Assisted Reproductive Medicine. A Comparative Study of Western Secular and Islamic Bioethics*, London, International Institute of Islamic Thought.
Islam, S., Nordin, R.B, Shamsuddin, R. e Noor, H.B.M. (2012), *Ethics of Human Cloning: A Comparative Study of Western Secular and Islamic Bioethics Perspectives*, in «Bangladesh Journal of Medical Science», 11, 4, pp. 258-266.
Islam, S., Nordin, R.B, Shamsuddin, R., Noor, H.B.M. e Al-Mahmood, A.K. (2013), *Ethics of surrogacy: A comparative study of Western secular and Islamic bioethics*, in «Journal of IMA Islamic Medical Association of North America», 44, 1, pp. 1-7.
Islamic Fiqh Council (2007), *Resolutions of Islamic Fiqh Council. Makkah Mukarramah, from 1st to 18th Sessions, during 1398-1427H (1977-2006)*, Makkah, Muslim World League.
Isolani, L. (2010), *La giurisprudenza costituzionale in materia di procreazione medicalmente assistita*, in G. Campanelli, F. Dal Canto, E. Malfatti, S. Panizza, P. Passaglia e A. Pertici (a cura di), *Le garanzie giurisdizionali: il ruolo delle giurisprudenze nell'evoluzione degli ordinamenti*, Torino, Giappichelli, pp. 15-33.
ISS, Istituto Superiore di Sanità (2017), *Research for public health*, Roma, Istituto Superiore di Sanita.
Istat (2016a), *Indicatori demografici. Stime per l'anno 2015*, in *Statistiche Report*, 19 febbraio, pp. 1-14.
– (2016b), *International and internal migration. Year 2015*, in *Istat Report*, 6 dicembre, pp. 1-8.
– (2016c), *Anno 2015. Natalità e fecondità nella popolazione residente*, in *Statistiche Report*, 28 novembre, pp. 1-21.
– (2016d), *Births and fertility among the resident population. Year 2015*, in *Istat Report*, 28 novembre, pp. 1-10.
– (2016e), *Demographic indicators. Estimates for the year 2015*, in *Istat Report*, 19 febbraio, pp. 1-7.
– (2016f), *Non-EU citizens: Presence, new inflows and acquisition of citizenship. Years 2015-2016*, in *Statistiche Report*, 29 settembre, pp. 1-2.
– (2016g), *A Primer on Posthumous Conception and Related Issues of Assisted Reproduction*, in *Statistiche Report*, 29 settembre, pp. 1-18.
– (2017a), *Indicatori demografici. Stime per l'anno 2016*, in *Statistiche Report*, 6 marzo, pp. 1-16.
– (2017b), *Demographic indicators. Estimates for the year 2016*, in *Istat Report*, 6 marzo, pp. 1-7.
– (2017c), *Non-EU citizens: Presence, new inflows and acquisition of citizenship. Years 2016-2017*, in *Statistiche Report*, 11 ottobre, pp. 1-2.
Ives, J., Dunn, M. e Cribb, A. (a cura di) (2016), *Empirical Bioethics: Theoretical and Practical Perspectives*, Cambridge, CUP.

Jeldtoft, N. e Nielsen, J. (a cura di) (2012), *Methods and contexts in the study of Muslim minorities: Visible and invisible Muslims*, London, Routledge.

Johnson-Hanks, J.A., Bachrach, C.A., Morgan, S.P. e Kohler, H.P. (2011), *A conjunctural history of assisted reproduction and adoption*, in J.A. Johnson-Hanks, C.A. Bachrach, S.P. Morgan e H.P. Kohle, *Understanding Family Change and Variation. Toward a Theory of Conjunctural Action*, Dordrecht, Springer, pp. 111-136.

– (2011), *Understanding Family Change and Variation. Toward a Theory of Conjunctural Action*, Dordrecht, Springer.

Joly, D. (2016), *Women from Muslim Communities: Autonomy and Capacity of Action*, in «Sociology», 12 gennaio, pp. 1-17.

Kamali, M.H. (2003), *Principles of Islamic jurisprudence*, Cambridge, Islamic Texts Society, III ed.

Karadag, A., Ozdemir, R., Ak, M., Ozer, A., Dogan, D.G. e Elkiran, O. (2015), *Human milk banking and milk kinship: Perspectives of mothers in a Muslim country*, in «Journal of Tropical Pediatrics», 61, 3, pp. 188-196.

Kelsay, J. (1994), *Islam and medical ethics*, in P.F. Camenisch (a cura di), *Religious Methods and Resources in Bioethics*, Dordrecht, Springer, pp. 93-107.

Khadduri, M. e Liebesny, H.J. (a cura di) (2008), *Origin and development of Islamic law*, Clark, NJ, The Lawbook Exchange.

Khalid-Rashid, S. (2008), *Muslim law*, Lucknow, Eastern Book.

Khan, N. (2011), *Are Europe's Migrants Not a Potential Resource?*, in «Studies in Ethnicity and Nationalism», 11, 2, pp. 324-328.

Khoury, S.A. e Massad, D. (1992), *Consanguineous marriage in Jordan*, in «American Journal of Medical Genetics», 43, pp. 769-775.

Klein, J.U. (2013), *Religious views: The impact of traditional Theological opinion on the Practice of third-party reproduction, Case study: DIVF and Islam - 389*, in M.V. Sauer (a cura di), *Principles of Oocyte and Embryo Donation* London, Springer, II ed., pp. 383-394.

Klijzing, E. e Corijn, M. (a cura di) (2002), *Dynamics of Fertility and Partnership in Europe: Insights and lessons from comparative research*, vol. II, Economic Commission for Europee United Nations Population Fund, New York, United Nations.

Krawietz, B. (2016), *Sharia and medical ethics*, in P. Rudolph e P. Bearman (a cura di), *The Ashgate Research Companion to Islamic Law*, Oxon, Ashgate, Routledge, pp. 291-306.

Kreyenfeld, M. e Konietzka, D. (2017), *Analysing childlessness*, in Iid. (a cura di), *Childlessness in Europe: Contexts, Causes and Consequences. Demographic Research Monographs*, Dordrecht, Springer, pp. 3-15.

Kushnir, V.A e Frattarelli, J.L. (2009), *Aneuploidy in abortuses following IVF and ICSI*, in «Journal of Assisted Reproduction and Genetics», 26, 2-3, marzo, pp. 93-97.

Langlaude, S. (2007), *Religious children*, in Id. (a cura di), *The Right of the Child to Religious Freedom in International Law*, Leiden, Koninklijke Brill, pp. 3-35.

Lapidus, I.M. (1976), *Adulthood in Islam: Religious maturity in the Islamic tradition*, in «Daedalus», 105, 2, Spring, pp. 93-108.

La Sala, G.B., Gallinelli, A., Nicoli, A., Villani, M.T. e Nucera, G. (2006), *Pregnancy loss and assisted reproduction: Preliminary results after the law 40/2004 in Italy*, in «Reproductive BioMedicine», 13, 1, pp. 65-70.

Lassen, E.M. (2007), *Manoeuvring in the Turbulent Sea of Human Rights and Religion: Religious Communities Approaching Human Rights*, in S. Lagoutte, H.-O. Sano, e P. Scharff Smith (a cura di), *Human Rights in Turmoil. Facing Threats, Consolidating Achievements*, Leiden, Koninklijke Brill, pp. 181-200.

Lazdane, G. e Bryld, J. (a cura di) (2006), *Low fertility – The future of Europe*, in «Entre Nous, The European Magazine for Sexual and Reproductive Health», No. 63, New York, United Nations Population Fund.

Lenti, L. (1993), *La procreazione artificiale. Genoma della persona e attribuzione della paternità*, Padova, Cedam.

Lenti, L. e Long, J. (2012), *Rapporti familiari e interculturalità*, in «Minori Giustizia», 2, pp. 7-13.

Levi Setti, P., Albani, E., Cesana, A., Novara, P.V., Zannoni, E., Baggiani, A.M., Morenghi, E., Arfuso, V. e Scaravelli, G. (2011), *Italian Constitutional Court modifications of a restrictive assisted reproduction technology law significantly improve pregnancy rate*, in «Human Reproduction», 26, 2, pp. 376- 378.

Liminana-Gras, R.M. (2017), *Health and gender perspective in infertility*, in M.P. Sánchez-López e R.M. Liminana-Gras (a cura di), *The Psychology of Gender and Health: Conceptual and Applied Global Concerns*, Amsterdam, Elsevier, pp. 364-400.

Little, T.D. (a cura di) (2013), *The Oxford Handbook of Quantitative Methods: Foundations*, Oxford, OUP.

Livi Bacci, M. (1977), *A History of Italian Fertility during the Last Two Centuries*, Princeton, PUP.

Lloyd, C.B. e Serguey, I. (1988), *The Effects of Improved Child Survival on Family Planning Practice and Fertility*, in «Studies in Family Planning», 19, 3, pp. 141-161.

Lombardi, L. e De Zordo, S. (a cura di) (2013), *La procreazione medicalmente assistitae le sue sfide. Generi, tecnologie e disuguaglianze*, Milano, Franco Angeli.

Lo Scalzo, A., Donatini, A., Orzella, L., Cicchetti, A., Profili, S. e Maresso, A. (2009), *Italy: Health system review*, in «Health Systems in Transition», 11, 6, pp. 1-126.

Lovat, T. (a cura di) (2012), *Women in Islam. Reflections on Historical and Contemporary Research*, Dordrecht, Springer.

Lupton, D. (2013), *The Social Worlds of the Unborn*, Basingstoke, Palgrave.

Lykeridou, K., Gourounti, K., Deltsidou, A., Loutradis, D. e Vaslamatzis, G. (2009), *The impact of infertility diagnosis on psychological status of women undergoing fertility treatment*, in «Journal of Reproductive and Infant Psychology », 27, 3, pp. 223-237.

Mahmood, T. (1987), *Law in the Qur'an: A draft code*, in «Islamic Comparative Law Quarterly», VII, 1, pp. 1-32.

Mahmoud, F. (2012), *Controversies in Islamic evaluation of assisted reproductive technologies*, in M.C. Inhorn e S. Tremayne (a cura di), *Islam and Assisted Reproductive Technologies: Sunni and Shia Perspectives*, New York, Oxford, Berghahn, pp. 70-97.

– (2015), *Practitioner perspective: Practising ARTs in Islamic context*, in K. Hampshire e B. Simpson (a cura di), *Assisted reproductive technologies in the third phase. Global encounters and emerging moral worlds*, New York, Oxford, Berghahn, pp. 83-91.

Mahmoud Obeidat, H., Hamlan, A.M. e Callister, L.C. (2014), *Missing Motherhood: Jordanian Women's Experiences with Infertility*, in «Advances in Psychiatry», Article ID 241075, pp. 1-8.

Mandaville, P. (2007), *Globalization and the Politics of Religious Knowledge. Pluralizing Authority in the Muslim World*, in «Theory, Culture & Society», 24, 2, pp. 101-115.

Margaria, A. (2018), *Nuove forme di genitorialità e filiazione. Leggi e giudici di fronte alle nuove realtà*, Bologna, Il Mulino.

Martin, E. (1987), *The Woman in the Body: A Cultural Analysis of Reproduction*, Boston, Beacon Press.

Masud, M.K. (2013), *Gender equality and the doctrine of wilaya*, in Z. Mir-Hosseini, L. Larsen, C. Moe e K. Vogt (a cura di), *Gender and equality in Muslim family law. Justice and ethics in the Islamic legal process*, London, I.B. Tauris, pp. 127-152.

Masud, M.K., Messick, B. e Powers, D.S. (a cura di) (1996), *Islamic legal interpretation: Muftis and their fatwas*, Oxford, OUP.

Mattson, I. (2005), *Adoption and fostering*, in S. Joseph, A. Nămabadi, J. Peteet, S. Shami, J. Siapno e J.I. Smith (a cura di), *Encyclopedia of Women and Islamic Cultures. Family, Law and Politics*, vol. II, Leiden, Brill, pp. 1-3.

Maxim, P.S. (1999), *Quantitative Research Methods in the Social Sciences*, Oxford, OUP.

Mayer, A.E. (1990), *The shari'ah: A methodology or a body of substantive rules?*, in N. Heer (a cura di), *Islamic law and jurisprudence*, London, University of Washington Press, pp. 177-198.

McAuliffe, J.D. (a cura di) (2007), *The Cambridge Companion to the Qur'an*, Cambridge, CUP.

McGoldrick, D. (2009), *Accommodating Muslims in Europe: From Adopting Sharia Law to Religiously Based Opt Outs from Generally Applicable Laws*, in «Human Rights Law Review», 9, 4, pp. 603-645.

Meer, N. (2012), *Misrecognizing Muslim consciousness in Europe*, in «Ethnicities», 12, 2, pp. 178-196.

Menonna, A. (2016), *La presenza musulmana in Italia*, in «Fact sheet ISMU», 1-5 giugno.

Mette, R.e Spinzi, C. (a cura di) (2013), *Mediazione linguistica e interpretariato: regolamentazione, problematiche presenti e prospettive future in ambito giuridico*, Bologna, CLUEB.

Ministero della Salute (2005), *Relazione del Ministro della Salute al Parlamento sullo stato di attuazione della legge contenente norme in materia di procreazione medicalmente assistita (Legge 19 febbraio 2004 n°40, articolo 15). Anno 2004*, Roma.

– (2006), *Relazione del Ministro della Salute al Parlamento sullo stato di attuazione della legge contenente norme in materia di procreazione medicalmente assistita (Legge 19 febbraio 2004 n°40, articolo 15). Anno 2005*, Roma.

– (2007), *Relazione del Ministro della Salute al Parlamento sullo stato di attuazione della legge contenente norme in materia di procreazione medicalmente assistita (Legge 19 febbraio 2004 n°40, articolo 15). Anno 2006*, Roma.

– (2009), *Relazione del Ministro della Salute al Parlamento sullo stato di attuazione della legge contenente norme in materia di procreazione medicalmente assistita (Legge 19 febbraio 2004 n°40, articolo 15). Attività anno 2007 centri procreazione medicalmente assistita. Utilizzo dei finanziamenti (artt. 2 e 18), anno 2008*, Roma.

– (2010), *Relazione del Ministro della Salute al Parlamento sullo stato di attuazione della legge contenente norme in materia di procreazione medicalmente assistita (Legge 19 febbraio 2004 n°40, articolo 15). Attività anno 2008*, Roma.

– (2011), *Relazione del Ministro della Salute al Parlamento sullo stato di attuazione della legge contenente norme in materia di procreazione medicalmente assistita (Legge 19 febbraio 2004 n°40, articolo 15). Attività anno 2009 centri procreazione medicalmente assistita. Utilizzo dei finanziamenti (artt. 2 e 18), anno 2010*, Roma.

– (2012), *Relazione del Ministro della Salute al Parlamento sullo stato di attuazione della legge contenente norme in materia di procreazione medicalmente assistita (Legge 19 febbraio 2004 n°40, articolo 15). Attività anno 2010 centri procreazione medicalmente assistita. Utilizzo dei finanziamenti (artt. 2 e 18), anno 2011*, Roma.

– (2013), *Relazione del Ministro della Salute al Parlamento sullo stato di attuazione della legge contenente norme in materia di procreazione medicalmente assistita (Legge 19 febbraio 2004 n°40, articolo 15). Attività anno 2011 centri procreazione medicalmente assistita. Utilizzo dei finanziamenti (artt. 2 e 18), anno 2012*, Roma.

– (2014), *Relazione del Ministro della Salute al Parlamento sullo stato di attuazione della legge contenente norme in materia di procreazione medicalmente assistita (Legge 19 febbraio 2004 n°40, articolo 15). Attività anno 2012 centri procreazione medicalmente assistita. Utilizzo dei finanziamenti (artt. 2 e 18), anno 2013*, Roma.

– (2015), *Relazione del Ministro della Salute al Parlamento sullo stato di attuazione della legge contenente norme in materia di procreazione medicalmente assistita (Legge 19*

febbraio 2004 n°40, articolo 15). Attività anno 2013 centri procreazione medicalmente assistita. Utilizzo dei finanziamenti (artt. 2 e 18), anno 2014, Roma.
– (2016), *Relazione del Ministro della Salute al Parlamento sullo stato di attuazione della legge contenente norme in materia di procreazione medicalmente assistita (Legge 19 febbraio 2004 n°40, articolo 15). Attività anno 2014 centri procreazione medicalmente assistita. Utilizzo dei finanziamenti (artt. 2 e 18), anno 2015*, Roma.
– (2017), *Relazione del Ministro della Salute al Parlamento sullo stato di attuazione della legge contenente norme in materia di procreazione medicalmente assistita (Legge 19 febbraio 2004 n°40, articolo 15). Attività anno 2015 centri procreazione medicalmente assistita. Utilizzo dei finanziamenti (artt. 2 e 18), anno 2016*, Roma.

Mohamed, Y. (1998), *Human nature in Islam*, Kuala Lumpur, A.S. Noordeen.

Mohsin Ebrahim, A.F. (1989), *Abortion, birth control and surrogate parenting: An Islamic perspective*, Indianapolis, American Trust Publications.

Moran, L. e Gilad, J. (2007), *From Folklore to Scientific Evidence: Breast-Feeding and Wet-Nursing in Islam and the Case of Non-Puerperal Lactation*, in «International Journal of Biomedical Sciences», 3, 4, pp. 251-257.

Mori, T. (1994), *Perspectives on Assisted Reproduction*, Rome, Ares-Serono symposia publications.

Munné, S., Chen, S., Fischer, J., Colls, P., Zheng, X., Stevens, J., Escudero, T., Oter, M., Schoolcraft, B., Simpson, J.L. e Cohen, J. (2005), *Preimplantation genetic diagnosis reduces pregnancy loss in women aged 35 years and older with a history of recurrent miscarriages*, in «Fertility and Sterility», 84, 2, pp. 331-335.

Murad, K. (2005), *Inter-personal relations: An Islamic perspective*, Markfield, Islamic Foundation.

Musallam, B.F. (1986), *Sex and Society in Islam: Birth Control before the Nineteenth Century*, Cambridge, CUP.

Naqvi, A.R. (1968), *The family laws of Iran*, in «Islamic Studies», 7, 2, pp. 129-163.

Nargund, G. (2009), *Declining birth rate in Developed Countries: A radical policy rethink is required*, in «Facts, views and vision in obstetrics and gynaecology», 1, 3, pp. 191-193.

Nasir, J.J. (2001), *The Islamic law of personal status*, London, Kluwer Law International, III ed.

Nateghi, M.H. e Golestan, F. (2014), *The study of legal challenges of gamete and embryo donation in Iranian comprehensive health system*, in «Journal of Jahrom University of Medical Sciences», 11, 94.

Nathan, C.N. (2009), *Religion for Rights: The Success of Establishing Rights through Religion*, in Id. (a cura di), *The Changing Face of Religion and Human Rights: A Personal Reflection*, Leiden, Boston, Brill, pp. 157-170.

Nicolas-Maguin, M.-F. (2006), *Droit de la filiation et procréation médicalisée: une coexistence difficile*, in «Droit et Cultures», 51, pp. 123-132.

Norris, P. e Inglehart, R.F. (2012), *Muslim Integration into Western Cultures: Between Origins and Destinations*, in «Political Studies», 60, pp. 228-251.

O'Brien, G.V. e Molinari, A. (2011), *Religious Metaphors as a Justification for Eugenic Control: A Historical Analysis*, in M.J. Stoltzfus e D. Schumm (a cura di), *Disability in Judaism, Christianity and Islam. Sacred Texts, Historical Traditions and Social Analysis*, Basingstoke, Palgrave, pp. 141-165.

Ogan, C., Willnat, L., Pennington, R. e Bashir, M. (2014), *The rise of anti-Muslim prejudice: Media and Islamophobia in Europe and the United States*, in «International Communication Gazette», 76, 1, pp. 27-46.

Olivieri, V. (2011), *Il mediatore culturale linguistico: ponte tra le culture*, Verona, Cortina.

Omani, S.R., Ashrafi, M., Alizadeh, L. e Mozafari, M. (2008), *Posthumous assisted reproduction from Islamic perspective*, in «International Journal of Fertility & Sterility», 2, 2, pp. 96-99.

Omran, A.R. (1992), *Family planning in the legacy of Islam*, London, New York, Routledge.
Orlandi, M. (2005), *La kafala islamica e la sua riconoscibilità quale adozione*, in «Il Diritto di Famiglia e delle Persone», XXXIV, pp. 635-665.
Osanloo, A. (2006), *Islamico-civil «rights talk»: Women, subjectivity and law in Iranian family court*, in «American Ethnologist», 33, 2, pp. 191-209.
Osborne, J.W. (a cura di) (2008), *Best Practices in Quantitative Methods*, Los Angeles, London, Sage.
Ozdemir, R., Ak, M., Karatas, M., Ozer, A., Dogan, D.G. e Karadag, A. (2015), *Human milk banking and milk kinship: Perspectives of religious officers in a Muslim country*, in «Journal of Perinatology», 35, pp. 137-141.
Ozkan, H., Tuzun, F., Kumral, A. e Duman, N. (2012), *Milk kinship hypothesis in light of epigenetic knowledge*, in «Clinical Epigenetics», 4, 14, pp. 1-3.

Panforti, M.D. (1997), *Waiting for the Law: Assisted Reproduction in Italy*, in A. Bainham (a cura di), *International Survey of Family Law*, Hague, Boston, London, International Society of Family Law, pp. 183-192.
Panter, T. e Sterba, S.K. (a cura di) (2011), *Handbook of Ethics in Quantitative Methodology*, New York, Routledge.
Parkes, P. (2003), *Fostering Fealty: A Comparative Analysis of Tributary Allegiances of Adoptive Kinship*, in «Comparative Studies in Society and History», 45, 4, ottobre, pp. 741-782.
– (2004), *Fosterage, Kinship and Legend: When Milk Was Thicker than Blood?*, in «Comparative Studies in Society and History», 46, 3, luglio, pp. 587-615.
– (2005), *Milk kinship in Islam. Substance, structure, history*, in «Social Anthropology», 13, 3, pp. 307-329.
Parniyan, F. (2014), *Iranian-Islamic culture and infertility treatments*, in «Journal of Jahrom University of Medical Sciences», 11, p. 226.
Parsons, T. e Bales, R.F. (2001), *Family socialization and interaction process*, London, Routledge.
Pavone, I.R. (2013), *Medically Assisted Procreation and Internal Human Rights Law*, in «Italian Yearbook of International Law», 22, pp. 155-186.
Pawlikowski, J. (2018), *Conscientious Objection of Health Care Workers in the Context of Genetic Testing*, in M. Soniewicka (a cura di), *The Ethics of Reproductive Genetics: Between Utility, Principles and Virtue*, Dordrecht, Springer, pp. 103-116.
Pędziwiatr, K. (2011), *How Progressive is «Progressive Islam»? The Limits of the Religious Individualization of the European Muslim Elites*, in «Social Compass», 58, 2, pp. 214-222.
Peirone, C.F. (2004), *L'islàm: storia, dottrina, rapporti con il cristianesimo*, Torino, Elledici.
Peters, R. e Bearman, P. (a cura di) (2016), *The Ashgate Research Companion to Islamic Law*, Oxon, Ashgate, Routledge.
Piela, A. (2013), *«Women are Believers in Their Own Right»: One Muslim Woman's Challenge to Dominant Discourses Shaping Gender Relations in Islam*, in «The Muslim World», 103, 3, Special Issue, *Muslim Women and the Challenge of Authority*, pp. 389-403.
Pinnelli, A., Hoffmann-Nowotny, H.J. e Fux, B. (a cura di) (2001), *Fertility and new types of households and family formation in Europe*, Strasbourg, Council of Europe.
– (a cura di) (2004), *Fecondità e nuove forme di unione in Europa*, Roma, Sapere 2000.
Präg, P. e Mills, M.C. (2017), *Assisted Reproductive Technology in Europe: Usage and Regulation in the Context of Cross-Border Reproductive Care*, in M. Kreyenfeld, e D. Konietzka (a cura di), *Childlessness in Europe: Contexts, Causes and Consequences. Demographic Research Monographs*, Dordrecht, Springer, pp. 289-309.
PRC, Pew Research Center's Forum on Religion & Public Life (2009), *Mapping the Global Muslim Population. A Report on the Size and Distribution of the World's Muslim Population*, Washington, Pew Research Center.

– (2011), *The Future of the Global Muslim Population. Projections for 2010- 2030*, Washington, Pew Research Center.
– (2012), *The Global Religious Landscape*, Roma, Pew Research Center.
– (2015), *The Future of the Global Muslim Population. Projections for 2010- 2050. Why Muslims Are Rising Fastest and the Unaffiliated Are Shrinking as a Share of the World's Population*, Washington, Pew Research Center.

Prunotto, F. e Martoglio, C. (2004), *Living in Piedmont. A guide to services for foreign citizens*, Torino, Osservatorio regionale sull'immigrazione..

Qadri, A.A. (1963), *Islamic jurisprudence in the modern world. A reflection upon comparative study of the law*, Bombay, N.M. Tripathi private Ltd.
Quagliata, E. (a cura di) (2010), *Essere genitori*, Roma, Astrolabio.

Rabello, A., Milani, D. e Atighetchi, D. (2013), *Intorno alla vita che nasce: diritto ebraico, canonico e islamico a confronto*, Torino, Giappichelli.
Raday, F. (2003), *Culture, religion and gender*, in «International Journal of Constitutional Law», 1, 4, pp. 663-715.
Rafiq, A. (2014), *Child Custody in Classical Islamic Law and Laws of Contemporary Muslim World (An Analysis)*, in «International Journal of Humanities and Social Science», 4, 5, pp. 267-277.
Ragozzino, G. (1998), *L'Islam e la bioetica. Principi di bioetica comune*, Napoli, Edizioni Scientifiche Italiane.
Rehman, J.D. (2007), *The Sharia, Islamic Family Laws and International Human Rights Law: Examining the Theory and the Practice of Polygamy and Talaq*, in «International Journal of Law, Policy and the Family», 21, pp. 108-127.
Rehmann-Sutter, C., Düwell, M. e Mieth, D. (a cura di) (2006), *Bioethics in Cultural Contexts: Reflections on Methods and Finitude*, Dordrecht, Springer.
Ricci, G., Cannovo, N. e Sirignano, A. (2015), *Medically Assisted Procreation, a Discussion Still Open in Italy*, in «Medicine and Law», 34, pp. 487-496.
Riezzo, I., Neri, M., Bello, S., Pomara, C. e Turillazzi, E. (2016), *Italian law on medically assisted reproduction: Do women's autonomy and health matter?*, in «BioMed Central Womens Health», 16, pp. 44 ff.
Righetti, P.L. (a cura di) (2010), *Gravidanza e contesti psicopatologici. Dalla teoria agli strumenti di intervento*, Milano, Franco Angeli.
Ringer, F.K. (1997), *Max Weber's methodology: The unification of the cultural and social sciences*, Cambridge, Harvard University Press.
Rippin, A. (a cura di) (1988), *Approaches to the History of the Interpretation of the Qur'an*, Oxford, Clarendon.
RNPMA, Registro Nazionale della Procreazione Medicalmente Assistita (2007), *I Report. Attività del Registro Nazionale della Procreazione Medicalmente Assistita. Dati 2005*, Roma, Istituto Superiore di Sanità, Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute.
– (2008), *II Report. Attività del Registro Nazionale della Procreazione Medicalmente Assistita. Dati 2006*, Roma, Istituto Superiore di Sanità, Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute.
– (2009), *III Report. Attività del Registro Nazionale della Procreazione Medicalmente Assistita. Dati 2007*, Roma, Istituto Superiore di Sanità, Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute.
– (2010), *IV Report. Attività del Registro Nazionale della Procreazione Medicalmente Assistita. Dati 2008*, Roma, Istituto Superiore di Sanità, Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute.

– (2011), *V Report. Attività del Registro Nazionale della Procreazione Medicalmente Assistita. Dati 2009*, Roma, Istituto Superiore di Sanità, Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute.
– (2012), *VI Report. Attività del Registro Nazionale della Procreazione Medicalmente Assistita. Dati 2010*, Roma, Istituto Superiore di Sanità, Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute.
– (2013), *VII Report. Attività del Registro Nazionale della Procreazione Medicalmente Assistita. Dati 2011*, Roma, Istituto Superiore di Sanità, Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute.
– (2014), *VIII Report. Attività del Registro Nazionale della Procreazione Medicalmente Assistita. Dati 2012*, Roma, Istituto Superiore di Sanità, Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute.
– (2015), *IX Report. Attività del Registro Nazionale della Procreazione Medicalmente Assistita. Dati 2013*, Roma, Istituto Superiore di Sanità, Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute.
– (2016), *X Report. Attività del Registro Nazionale della Procreazione Medicalmente Assistita. Dati 2014*, Roma, Istituto Superiore di Sanità, Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute.
– (2017), *XI Report. Attività del Registro Nazionale della Procreazione Medicalmente Assistita. Dati 2015*, Roma, Istituto Superiore di Sanità, Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute.

Rosen, N. (2013), *The Milk Relationship: The Evolution and Significance of Wet-nurses*, in «Anthropology Senior Theses», Paper 138, pp. 1-39.

Rowlatt, J. (2005), *The risks of cousin marriage*, in «BBC Newsnight», novembre, 16, disponibile online all'indirizzo http://news.bbc.co.uk/1/hi/programmes/newsnight/4442010.stm (last accessed 12.11.2012).

Rumage, S.A. (1996), *Resisting the West: The Clinton Administration's Promotion of Abortion at the 1994 Cairo Conference and the Strength of the Islamic Response*, in «California Western International Law Journal», 27, 1, pp. 1-100.

Russo, M. e Mack, G. (a cura di) (2005), *Interpretazione di trattativa: la mediazione linguistico-culturale nel contesto formativo e professionale*, Milano, Hoepli.

Sabatello, M. (2009), *Using International Human Rights Framework to Study Bioethics*, in Id. (a cura di), *Children's Bioethics. The International Biopolitical Discourse on Harmful Traditional Practices and the Right of the Child to Cultural Identity*, Leiden, Boston, Brill, pp. 1-23.
– (2014), *Posthumously Conceived Children: An International and Human Rights Perspective*, in «Journal of Law and Health», 27, pp. 29-67.

Sachedina, A. (2009), *Islamic Biomedical Ethics: Principles and Application*, Oxford, OUP.

Saint-Blancat, C. (2004), *La transmission de l'islam auprès des nouvelles générations de la diaspora*, in «Social Compass», 51, 2, pp. 235-247.

Salih, R. (2009), *Muslim women, fragmented secularism and the construction of interconnected «publics» in Italy*, in «Social Anthropology/Anthropologie Sociale», 17, 4, pp. 409-423.

Samani, R.O., Dizaj, A.V.T., Moalem, M.R.R., Merghati, S.T. e Alizadeh, L. (2007), *Access to Fertility Treatments for Homosexual and Unmarried Persons, through Iranian Law and Islamic Perspective*, in «Royan Institute Iranian Journal of Fertility and Sterility», 1, 3, pp. 127-130.

Santosuosso, F. (1984), *La fecondazione artificiale umana*, Milano, Giuffre.

Santosuosso, A., Redi, C.A., Garagna, S. e Zuccotti, M. (a cura di) (2002), *I giudici davanti alla genetica*, Pavia, Collegio Ghislieri.

Schacht, J. (1982), *An introduction to Islamic law*, Oxford, Clarendon Press.

– (1995), *Introduzione al diritto musulmano*, Torino, EFGA.
Schattman, G.L., Esteves, S.C. e Agarwal, A. (a cura di) (2015), *Unexplained Infertility: Pathophysiology, Evaluation and Treatment*, Dordrecht, Springer.
Schellekens, J. e Eisenbach, Z. (2010), *Religiosity and Marital Fertility: Israeli Arab Muslims, 1955-1972*, in «Journal of Family History», 35, 2, pp. 147-163.
Schenker, J.G. (2005), *Assisted reproductive practice: Religious perspectives*, in «Reproductive BioMedicine Online», 10, 3, pp. 310-319.
– (2008), *Islamic perspectives in human reproduction*, in «Reproductive BioMedicine Online», 17, 3, pp. 34-38.
– (a cura di) (2011), *Ethical Dilemmas in Assisted Reproductive Technologies*, Berlin, DEG.
Schimmel, A. (1989), *Islamic Names: An Introduction*, Edinburgh, Edinburgh University Press.
Schumm, D. e Stoltzfus, M.J. (2011), *Introduction*, in M.J. Stoltzfus e D. Schumm (a cura di), *Disability in Judaism, Christianity and Islam. Sacred Texts, Historical Traditions and Social Analysis*, Palgrave, Basingstoke, pp. XI-XXII.
Seedat, F. (2013), *When Islam and Feminism Converge*, in «The Muslim World», 103, 3, Special Issue, *Muslim Women and the Challenge of Authority*, pp. 404-420.
Selin, H. e Shapiro, H. (a cura di) (2003), *Medicine across cultures. History and Practice of Medicine in Non-Western Cultures*, New York, Boston, Dordrecht, London, Moscow, Kluwer.
Semerdjian, E. (2009), *Zinah*, in J.L. Esposito (a cura di), *The Oxford Encyclopedia of the Islamic World*, Oxford, OUP.
Serour, G.I. (a cura di) (1997), *Proceedings of a Seminar on ethical implications of use of assisted reproductive technologies for treatment of human infertility. Rabei Akhar 21st-23rd, 1418 August 25th-27th, 1997*, Cairo, al-Azhar University.
– (2005), *Religious perspectives of ethical issues in ART*, in «Middle East Fertility Society Journal», 10, 3.
– (2008), *Islamic perspectives in human reproduction*, in «Reproductive BioMedicine Online», 17, 3, pp. 34-38.
– (2011), *Islamic laws and reproduction*, in J.G. Schenker (a cura di), *Ethical Dilemmas in Assisted Reproductive Technologies*, Berlin, DEG, pp. 333-342.
– (2013), *Ethical issues in human reproduction: Islamic perspectives*, in «Gynecological Endocrinology», 29, 11, pp. 949-952.
Serour, G.I., Aboul-Ghar, M. e Mansour, R.T. (1991), *Infertility: A health problem in the Muslim world*, in «Population Sciences», 10, pp. 41-58.
– (1995), *Bioethics in medically assisted conception in the Muslim World*, in «Journal of Assisted Reproduction and Genetics», 12, 9, pp. 559-565.
Serour, G.I. e Hassanein, M.K. (a cura di) (1998), *The international conference on Population and Reproductive Health in the Muslim World, Shawal (24th-27th), 1418 A.H., February (21st-24th), 1998 A.D., Cairo, Egypt*, Cairo, Al-Azhar University, International Islamic Center for Population Studies and Research.
Serour, G.I., Omran, A.R. e Barzelatto, J. (a cura di) (1992), *International Conference on «Bioethics in Human Reproduction Research in the Muslim World» (1st 1991 Cairo Egypt), Markaz al-Dawli al-Islami lil-Dirasat wa-al-Buḥuth al-Sukkaniyah. Ethical guidelines for human reproduction research in the Muslim world: Based on highlights, papers, discussions and recommendations of the the [sic] First International Conference on Bioethics in Human Reproduction Research in the Muslim World, Cairo 10th-13th December 1991*, Cairo, Al-Azhar University, International Islamic Center for Population Studies and Research.
Servizio Studi Senato della Repubblica e Camera dei Deputati (2016), *Definizione e aggiornamento dei livelli di assistenza (LEA). Atto del Governo n. 358. Schede di lettura. Dossier – XVII Legislatura*, Roma, Senato della Repubblica e Camera dei Deputati.

SGIM, Society of General Internal Medicine (2013), *Abstracts from the 36th Annual Meeting of the Society of General Internal Medicine*, in «Journal of General Internal Medicine», 28, 1, pp. 1-489.

Shabana, A. (2015), *Foundations of the Consensus against Surrogacy Arrangements in Islamic Law*, in «Islamic Law & Society», 22, 1/2, pp. 82-113.

Shah, S.S. (1994), *Fosterage as a Ground of Marital Prohibition in Islam and the Status of Human Milk Banks*, in «Arab Law Quarterly», 9, 1, pp. 3-7.

Sharara, F.I. (a cura di) (2013), *Ethnic Differences in Fertility and Assisted Reproduction*, London, Springer.

Sharif, K. e Coomarasamy, A. (a cura di) (2012), *Assisted Reproduction Techniques: Challenges and Management Options*, Chichester, Wiley-Blackwell.

Sharma, K.M. (1997), *What's in a Name: Law, Religion and Islamic Names*, in «Denver Journal of International Law and Policy», 26, 2, pp. 151-208.

Shaw, A. (2001), *Kinship, cultural preference and immigration: Consanguineous marriage among British Pakistanis*, in «The Journal of the Royal Anthropological Institute», 7, 2, giugno, pp. 315-334.

– (2011), *Risk and reproductive decisions: British Pakistani couples' responses to genetic counselling*, in «Social Science & Medicine», 73, 1, pp. 111-120.

– (2012), *They say Islam has a solution for everything, so why are there no guidelines for this? Ethical dilemmas associated with the births and deaths of infants with fatal abnormalities from a small sample of Pakistani Muslim couples in Britain*, in «Bioethics», 26, 9, pp. 485-492.

– (2014), *Rituals of infant death: Defining life and Islamic personhood*, in «Bioethics », 28, 2, pp. 84-95.

Simpson, B. e Hampshire, K. (2015), *Assisted reproductive technologies: A third phase?*, in K. Hampshire e B. Simpson (a cura di), *Assisted reproductive technologies in the third phase. Global encounters and emerging moral worlds*, New York, Oxford, Berghahn, pp. 1-17.

Sona, F. (2014), *Defending the family treasure-chest: Navigating Muslim families and secured positivistic islands of European legal system*, in P. Shah, M.C. Foblets, e M. Rohe (a cura di), *Family, Religion and Law: Cultural Encounters in Europe*, Farnham, Ashgate, pp. 115-141.

– (2016), *Griglie di lettura ed analisi dell'islam europeo. Diritto interculturale e relazioni sciaraitiche*, in «Stato, Chiese e pluralismo confessionale», 40, pp. 1-33.

Soniewicka, M. (a cura di) (2018), *The Ethics of Reproductive Genetics: Between Utility, Principles and Virtue*, Dordrecht, Springer.

Springer, P.R., Abbott, D.A. e Reisbig, A.M.J. (2009), *Therapy with Muslim Couples and Families: Basic Guidelines for Effective Practice*, in «The Family Journal: Counselling and Therapy for Couples and Families», 17, 3, pp. 229-235.

Stanzione, P. e Sciancalepore, G. (a cura di) (2004), *Procreazione assistita. Commento alla legge 19 febbraio 2004, n° 40*, Milano, Giuffre.

Stark, B. (1989), *International Human Rights and Family Planning: A Modest Proposal*, in «Denver Journal of International Law and Policy», 18, 1, pp. 59-82.

Steinbock, B. (a cura di) (2007), *The Oxford Handbook of Bioethics*, Oxford, OUP.

Steiner, E. e Rosu, A.M. (2016), *Assisted Human Reproductive Technologies (Art), and Human Rights. The European Perspective*, in «Frontiers of Law in China», 11, 2, pp. 339-369.

Stewart, J. (1997), *1,001 African Names: First and Last Names from the African Continent*, New York, Citadel Press.

Storrow, R.F. (2005a), *Quests for Conception: Fertility Tourists, Globalization and Feminist Legal Theory*, in «Hastings Law Journal», 57, 2, pp. 295-330.

– (2005b), *Handmaid's Tale of Fertility Tourism: Passports and Third Parties in the Religious Regulation of Assisted Conception*, in «Texas Wesleyan Law Review», 12, 1, pp. 189-212.

– (2006), *Marginalizing Adoption through the Regulation of Assisted Reproduction*, in «Capital University Law Review», 35, 2, pp. 479-516.

Svitnev, K. (2011), *Legal control of surrogacy. International perspectives*, in J.G. Schenker (a cura di), *Ethical Dilemmas in Assisted Reproductive Technologies*, Berlin, Boston, De Gruyter, pp. 149-163.

Swinford, A.E. e el-Fouly, M.H. (1987), *Islamic religion and culture: Principles and implications for genetic counselling*, in «Birth defects original article series », 23, 6, pp. 253-257.

Tabiu, M. (1992), *Unlawful marriages and their effect in Islamic law of the Maliki school*, in «Islamic Studies», 31, 3, pp. 319-337.

Talhami, G.H. (2004), *European, Muslim and Female*, in «Middle East Policy», XI, 2, pp. 152-168.

Tappan, R. (2012), *More than Fatwas: Ethical Decision Making in Iranian Fertility Clinics*, in M.C. Inhorn e S. Tremayne (a cura di), *Islam and Assisted Reproductive Technologies: Sunni and Shia Perspectives*, New York, Oxford, Berghahn, pp. 103-129.

Tapper, R. (1995), *Islamic anthropology and the anthropology of Islam*, in «Anthropological Quarterly», 68, 3, luglio, pp. 185-193.

Teeuw, M.E., Hagelaar, A., ten Kate, L.P., Cornel, M.C. e Henneman, L. (2012), *Challenges in the care for consanguineous couples: An exploratory interview study among general practitioners and midwives*, in «BioMed Central Family Practice», 13, 105, pp. 1-7.

Teichman, J. (1982), *Illegitimacy: An Examination of Bastardy*, Ithaca, Cornell University Press.

Tesarik, J. (a cura di) (1994), *Male factor in human infertility*, Rome, Ares-Serono Symposia Publications.

Tham, J., Garcia, A. e Miranda, G. (a cura di) (2014), *Religious Perspectives on Human Vulnerability in Bioethics*, Dordrecht, Springer.

Thorley, V. (2014), *Milk siblingship, religious and secular: History, applications and implications for practice*, in «Women and Birth», 27, pp. 16-19.

Tibi, B. (2010), *Ethnicity of Fear? Islamic Migration and the Ethnicization of Islam in Europe*, in «Studies in Ethnicity and Nationalism», 10, 1, pp. 126-157.

Tonkin, H. e Esposito, F.M. (a cura di) (2010), *The Translator as Mediator of Cultures*, Amsterdam, John Benjamins Publishing Company.

Torbica, A. e Fattore, G. (2005), *The «Essential Levels of Care» in Italy: When being explicit serves the devolution of powers*, in «The European Journal of Health Economics», 6, I, pp. 46-52.

Trabucchi, A. (1962), *Inseminazione artificiale. Diritto civile*, in *Novissimo Digesto Italiano*, Torino, UTET, pp. 732 ff.

– (1982), *La procreazione e il concetto giuridico di paternità e maternità*, in «Rivista di Diritto Civile», I, pp. 597 ff.

Tremayne, S. (2009) *Law, Ethics and Donor Technologies in Shia Iran*, in D. Birenbaum- Carmelie M.C. Inhorn (a cura di), *Assisting Reproduction, Testing Genes: Global Encounters with the New Biotechnologies*, NY, Oxford, Berghahn, pp. 144-163.

– (2012), *The «Down Side» of Gamete Donation: Challenging «Happy Family» Rhetoric in Iran*, in M.C. Inhorn e S. Tremayne (a cura di), *Islam and Assisted Reproductive Technologies: Sunni and Shia Perspectives*, New York, Oxford, Berghahn, pp. 130-156.

– (2015), *Whitherkinship? Assisted reproductive technologies and relatedness in Islamic Republic of Iran*, in K. Hampshire e B. Simpson (a cura di), *Assisted reproductive technologies in the third phase. Global encounters and emerging moral worlds*, New York, Oxford, Berghahn, pp. 69-82.

Tripodina, C. (2014), *Il «diritto» a procreare artificialmente in Italia: una storia emblematica,tra legislatore, giudici e corti*, in «Rivista di BioDiritto», 2, 2, pp. 67-87.

Turillazzi, E., Frati, P., Busardo, F.P., Gulino, M. e Fineschi, V. (2015), *The European Court Legitimates Access of Italian Couples to Assisted Reproductive Techniques and the Pre-Implantation Genetic Diagnosis*, in «Medicine, Science and the Law», 55, 3, pp. 194-200.

Turkmendag, I. (2012), *Home and Away: The Turkish Ban on Donor Conception*, in «Law, Innovation and Technology», 4, 2, pp. 144-164.
Turone, F. (2004), *Italy to pass new law on assisted reproduction*, in «British Medical Journal», 328, 9.

Valli, R. (1993), *Islam's solution to abortion, contraception, organ transplants, test tube babies, gestation, surrogacy, prosthetic surgery*, Oshodi, Lagos, Al-Waseelat Publishers.
van Balen, F. e Inhorn, M.C. (2002), *Interpreting infertility*, in M.C. Inhorn e F. van Balen (a cura di), *Infertility around the Globe. New Thinking on Childlessness, Gender and Reproductive Technologies*, Berkeley, University of California Press, pp. 3-32.
Various Authors (1993), *Symposium on Religious Law: Roman Catholic, Islamic and Jewish Treatment of Familial Issues, Including Education, Abortion, In Vitro Fertilization, Prenuptial Agreements, Contraception and Martial Fraud*, in «Loyola of Los Angeles International and Comparative Law Journal», 16, 1, pp. 9-106.
– (1997), *The Qur'an: Saheeh International*, Jeddah, Abul Qasim Publishing House.
– (2004), *The Qur'an: Saheeh International*, London, Umm Muhammed Al- Muntada al-Islami.
– (2010), *The Qur'an: Saheeh International*, Jeddah, Dar Qiraat.
– (2017), *Salute e identità religiose. Per un approccio multiculturale nell'assistenza alla persona*, Milano, Biblioteca Ambrosiana, CoReIse Collegio IPASVI.
Vayena, E., Rowe, P.J. e Griffin, P.D. (a cura di) (2002), *Current Practices and Controversies in Assisted Reproduction Report of a meeting on «Medical, Ethical and Social Aspects of Assisted Reproduction» held at WHO Headquarters in Geneva, Switzerland; 17-21 September 2001*, Geneva, World Health Organization.
Ventura, A. (2007), *Confessioni scismatiche, eterodossie e nuove religioni sorte nell'islam*, in G. Filoramo (a cura di), *Islam*, Roma-Bari, Laterza, pp. 309-401.
Vesey-Fitzgerald, S.G. (2008), *Nature and sources of the Shari'a*, in M. Khadduri, e H.J. Liebesny (a cura di), *Origin and development of Islamic law*, Clark, NJ, The Lawbook Exchange, pp. 85-112.
Vigneri, M. (2011), *I bambini che vengono dal freddo. Sulla donna infertile e le nuove frontiere procreative*, in «Rivista di Psicoanalisi», LVII, gennaio-marzo, pp. 655-670.
Vogt, P.W. (a cura di) (2011), *Sage Quantitative Research Methods*, Los Angeles, Sage.

Wakley, G., Fuller, J. e Qureshi, B. (2000), *A Muslim woman with infertility*, in «Practitioner», 244, pp. 1005-1008, 1013-1014.
Waldron, J. (2010), *Questions about the reasonable accommodation of minorities*, in R. Ahdar e N. Aroney (a cura di), *Shari'a in the West*, New York, OUP, pp. 103-113.
Walliman, N.S.R. (2006), *Social research methods*, London, Sage.
Wang, J.X., Norman, R.J. e Wilcox, A.J. (2004), *Incidence of spontaneous abortion among pregnancies produced by assisted reproductive technology*, in «Human Reproduction», 19, 2, pp. 272-277.
Wardle, L.D. (2006), *Global Perspective on Procreation and Parentage by Assisted Reproduction*, in «Capital University Law Review», 35, 2, pp. 413-478.
Watzlawik, M. e Aristi, B. (a cura di) (2007), *Capturing Identity: Quantitative and Qualitative Methods*, Plymouth, University Press of America.
Weber, A.S. (2010), *Bioethical Reasoning in Islam*, in «International Journal of Arts and Sciences», 3, 15, pp. 607-617.
Weber, M. (1949), *The methodology of the social sciences*, New York, Free Press.
Weinberg, D. (a cura di) (2002), *Qualitative research methods*, Oxford, Blackwell.
Weiss, B.G. (1978), *Interpretation in Islamic law: The theory of ijtihad*, in «American Journal of Comparative Law», 26, 2, pp. 199-212.

Weisz, G. (a cura di) (1990), *Social Science Perspectives on Medical Ethics*, Dordrecth, Kluwer.
Werber, S.J. (2000), *Cloning: A Jewish Law Perspective with a Comparative Study of Other Abrahamic Traditions*, in «Seton Hall Law Review», 30, 4, pp. 1114-1181.
Wilcox, A.J., Treloar, A.E. e Sandler, D.P. (1981), *Spontaneous abortion over time: Comparing occurrence in two cohorts of women a generation apart*, in «American Journal of Epidemiology», 114, pp. 548-553.
Wintle, M. (2016), *Islam as Europe's «Other' in the Long Term: Some Discontinuities*, in «History», 101, 344, pp. 42-61.
Wojcieszak, M., Azrout, R., Boomgaarden, H., Alencar, A.P. e Sheets, P. (2015), *Integrating Muslim Immigrant Minorities: The Effects of Narrative and Statistical Messages*, in «Communication Research», 44, 4, pp. 1-26.
Wright, J., Allard, M., Lecours, A. e Sabourin, S. (1989), *Psychosocial distress and infertility: A review of controlled researc*h, in «International Journal of Fertility», 34, 2, pp. 126-142.
Wright, J., Duchesne, C., Sabourin, S., Bissonnette, F., Benoit, J. e Girard, Y. (1991), *Psychosocial distress and infertility: Men and women respond differently*, in «Fertility and Sterility», 55, 1, pp. 100-108.

Yamani, M.A.Z. (2008), *Polygamy and law in contemporary Saudi Arabia*, Reading, Ithaca.
Yanow, D. e Schwartz-Shea, P. (a cura di) (2006), *Interpretation and method: Empirica research methods and the interpretive turn*, New York, Armonk, London, M.E. Sharp.
Yeprem, M.S. (2007), *Current assisted reproduction treatment practices from an Islamic perspective*, in «Reproductive BioMedicine Online», 14, 1, pp. 44-47.
Yin, R.K.Y. (2009), *Case Study Research: Design and Method*, Thousand Oaks, Sage, IV ed.
Yong, A. (2011), *Disability and the Love of Wisdom: De-forming, Re-forming and Per-forming Philosophy of Religion*, in M.J. Stoltzfus e D. Schumm (a cura di), *Disability in Judaism, Christianity and Islam. Sacred Texts, Historical Traditions, and Social Analysis*, Basingstoke, Palgrave, pp. 205-227.

Zagrebelsky, V. (2008), *Violazioni «strutturali» e Convenzione europea dei diritti umani: interrogativi a proposito di Broniowski*, in «Rivista di diritti umani e diritto internazionale», 1, pp. 5-19.
– (2012), *La irragionevolezza della legge italiana sulla procreazione assistita nel giudizio della Corte europea dei diritti umani*, in «Diritti umani e diritto internazionale», 3.
Zahraa, M. e Malek, N.A. (1998), *The Concept of Custody in Islamic Law*, in «Arab Law Quarterly», 13, pp. 155-177.
Zahraa, M. e Shafie, S. (2006), *Islamic Perspective on IVF and PGD, with Particular Reference to Zain Hashmi and Other Similar Cases*, in «Arab Law Quarterly », 20, 2, pp. 152-180.
Zaidi, A.H. (2007), *A Critical Misunderstanding. Islam and Dialogue in the Human Sciences*, in «International Sociology», 22, 4, pp. 411-434.
Zanini, G. (2011), *Abandoned by the State, betrayed by the Church: Italian experiences of cross-border reproductive care*, in «Reproductive BioMedicine», 23, 5, pp. 565-572.
Zatti, P. (2006), *Le problème des limites à la procréation assistée dans les lois des principaux pays européens*, in «Droit et Cultures», 51, pp. 133-143.
Zawawi, S.M. (1998), *African Muslim names: Images and identities*, Trenton, NJ, Africa World Press.
Zegers-Hochschild, F., Adamson, G.D., de Mouzon, J., Ishihara, O., Mansour, R., Nygren, K., Sullivan, E. e Vanderpoel, S. (2009a), *International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technology (ICMART) and the World Health Organization (WHO), revised glossary of ART terminology, 2009*, in «Fertility and Sterility», 92, 5, pp. 1520-1524.

– (2009b), *International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technology (ICMART) and the World Health Organization (WHO), revised glossary of ART terminology, 2009*, in «Human Reproduction», 24, 11, pp. 2683-2687.

Zimmerman, D.D. (2015), *Young Arab Muslim Women's Agency Challenging Western Feminism*, in «Affilia: Journal of Women and Social Work», 30, 2, pp. 145-157.

Zubaida, S. (2003), *Law and Power in the Islamic World*, London, I.B. Tauris.

Zubair, S., Mustafa, A.S., Badri, A.A., Lari, A.R., Daroonparvar, M. e Hussin, F. (2013), *A revisit of assisted reproduction technology and the humanisation paradigm*, in «Perintis, e-journal», 3, 1, pp. 1-16.

Testo pubblicato in open acess dalla Fondazione Collegio Carlo Alberto nel mese di luglio 2020, disponibile online al link https://labdf.eu/project/nuove-forme-di-filiazione-e-genitorialita-principi-e-prassi-nelle-realtà-musulmane/

LDF - Laboratorio dei Diritti Fondamentali

NUOVE FORME DI FILIAZIONE E GENITORIALITÀ
Principi e prassi nelle realtà musulmane

di **Federica Sona**

Inserendosi nell'ampia cornice del dibattito bioetico, il volume indaga il contenuto del diritto alla vita privata e familiare dei genitori intenzionali musulmani entro i confini delineati dai principi del diritto islamico, da un lato, e dal sistema giuridico italiano, dall'altro. L'effettivo o potenziale ricorso a rimedi sciaraitici in caso di assenza involontaria di prole nella coppia viene dallo scritto esaminata mettendo a fuoco le idee di genitorialità e filiazione fatte proprie dalle comunità musulmane locali. Alla luce di molteplici contemporanee interpretazioni della *sharīʿah*, il testo indaga percorsi di filiazione creativi, conformi o meno al diritto islamico, favoriti da uomini e donne musulmani che intendono portare a compimento il loro progetto di genitorialità.

In uno scenario di progressiva pluralizzazione di modelli parentali, le tecnologie riproduttive e procreative (TRA e PMA) meritano di essere definite con precisione; trattamenti di fertilità e tecniche di riproduzione medico-assistita possono in effetti essere sostenuti, accolti o respinti sia dai giurisperiti del diritto islamico, sia dai sistemi giuridici nazionali. Ordini normativi e sistemi giuridici coesistenti e parzialmente sovrapposti influenzano pertanto le scelte di aspiranti madri e padri musulmani, così come l'operato dei responsabili clinici della medicina della riproduzione.

Osservando ed esaminando le relazioni tra il personale dei centri di medicina procreativa ed i genitori intenzionali musulmani, lo studio documenta le percezioni dei prestatori di assistenza sanitaria e le puntuali specificità (talvolta non verbalizzate) dei pazienti musulmani in Italia, dove il personale delle cliniche della fertilità è tenuto a provvedere a pazienti sempre più internazionali e diversificati. Analizzando materiale accademico, legislativo, e giuridico in aggiunta ad indagini etnografiche ed allo studio approfondito di dati empirici qualitativi e quantitativi raccolti dall'autore, il testo fornisce strumenti di lettura e decodifica non solo per fini accademici, ma atti a supportare professionisti medico-sanitari e figure religiose nel rapportarsi con paradigmi plurimi di genitorialità. Prestando particolare attenzione a principi e prassi come interpretati e adottati nelle realtà musulmane locali, il volume fa altresì luce su "vecchie nuove" dinamiche parentali, eventualmente parzialmente nascoste, declinate in fantasiose costellazioni familiari.

Federica Sona è Senior Researcher presso il dipartimento di antropologia giuridica del Max Planck Institute for Social Anthropology (Halle/Saale, Germania). Le sue qualifiche includono una laurea in giurisprudenza, una specializzazione in comunicazione interculturale e mediazione, un master in studi giuridici internazionali e comparati, un dottorato internazionale in sociologia del diritto ed un dottorato in giurisprudenza. I suoi interessi riguardano l'*islām* europeo in relazione a diversi ordini normativi e sistemi giuridici nazionali e transnazionali, prestando particolare attenzione alle questioni concernenti i diritti di famiglia. La dottoressa Sona è attualmente impegnata come coordinatrice e docente presso l'European Judicial Training Network e ha insegnato in atenei italiani ed europei. Da diversi anni, offre inoltre assistenza e consulenza in procedimenti che coinvolgono parti musulmane e cittadini di paesi a maggioranza musulmana, in Italia e Gran Bretagna.

ISBN 978-88-945278-1-0

9 788894 527810