

EMMANUEL BETTA

Il corpo dell'anima. Chiesa e terapie della gravidanza nell'Ottocento

Nell'*Histoire du Consulat et de l'Empire* Adolphe Thiers racconta che la sera del 19 marzo 1811 Maria Luisa d'Asburgo ebbe le prime doglie. Il parto del futuro re di Roma, Napoleone Francesco Carlo Bonaparte, si preannunciò subito complicato, preoccupando non poco Antoine Dubois, l'ostetrico chiamato al capezzale della partoriente. Questi manifestò immediatamente i propri timori per l'esito del travaglio e per il peso della responsabilità che sentiva gravare sul proprio operato, benché sapesse di poter contare sull'assistenza di Jean Nicholas Corvisart, medico personale dell'imperatore. Per cercare di tranquillizzarlo, Napoleone stesso gli chiese di non pensare che stava assistendo l'imperatrice, ma di immaginarsi che stava aiutando a partorire una «marchande de la rue Saint-Denis»; e, soprattutto, gli diede un'indicazione precisa su come comportarsi nell'eventualità di una qualsiasi complicazione del parto: «en tout cas sauvez d'abord la mère».¹

Quest'episodio compare di frequente in testi medici e ostetrici pubblicati nel corso dell'Ottocento e dedicati ai problemi del governo del parto e alle scelte terapeutiche per le gravidanze a rischio.² In tale ambito, a Napoleone è sovente contrapposto un altro sovrano,

¹ Adolphe Thiers, *Histoire du Consulat et de l'Empire*, XIII, Paris, Paulin, 1856, pp. 4-5.

² Ad esempio: Léopold Berrut, *Y-a-t-il des cas où il soit permis de provoquer l'avortement?* Paris, s.e., 1855; Edgard Vesine Larue, *Essai sur l'avortement considéré au point de vue du droit criminel, de la médecine légale et de la responsabilité médicale lorsqu'il est provoqué par le médecin pour le salut de la mère*, Paris, Adrien Delahaye, 1866.

Enrico VIII d'Inghilterra, del quale si narrava che per garantirsi l'erede tanto a lungo atteso avesse obbligato la moglie Jane Seymour, incinta del futuro Edoardo VI, a partorire con il taglio cesareo non preoccupandosi minimamente del fatto che in pieno Cinquecento (e, in realtà, per altri tre secoli almeno) questa operazione significasse nel concreto la morte certa per la donna. Poco tempo dopo, difatti, Jane Seymour era morta per le conseguenze di quel parto difficile.

I comportamenti seguiti da Enrico VIII e Napoleone Bonaparte rappresentavano due volti della sovranità sul corpo vivente e, nello specifico della gravidanza, due facce speculari di una medesima sovranità maschile sul corpo procreante della donna che nei primi secoli del XIX secolo stavano entrando in conflitto. L'esempio inglese mostrava la prevalenza dell'elemento simbolico e politico sul destino privato delle individualità coinvolte, la prevalenza, cioè, della discendenza di sangue e della successione ereditaria al trono rispetto all'impatto materiale della terapeutica sulla donna, sul non nato e sulla loro rispettiva capacità di sopravvivenza. Da ciò traspariva una sostanziale priorità del non nato sulla donna stessa. Il caso francese, invece, rappresentava una prospettiva terapeutica in cui la vita della donna era prioritaria perché era riconosciuta quale soggetto di investimenti affettivi, familiari, sociali (benché non espressi esplicitamente da Thiers) e perché era un corpo presente, a fronte del capitale potenziale e del corpo invisibile e possibile del non nato.

Peraltro, proprio in considerazione della rilevante proiezione pubblica della gravidanza di una regnante, fin dal Seicento anche la stessa medicina aveva considerato questo come un caso particolare, per il quale era lecito derogare a una prassi in cui la priorità della vita della donna su quella del feto era sostanzialmente data per scontata. Ciò a partire dalla constatazione dell'evidente differente presenza sociale e affettiva di donna e non nato, e del loro diverso statuto fisiologico e organico da cui, conseguentemente, derivava una diversa capacità di reagire alla terapeutica.

Medicina e governo della vita nascente

Menzionare in testi di medicina e ostetricia il comportamento di un sovrano di fronte alla nascita di un erede al trono aveva una precisa valenza polemica rispetto al dibattito che tra la fine del XVIII e l'inizio del XIX divideva la comunità ostetrica, in particolare in area francofona. Il tema del contendere era per molti motivi difficile: la legittimità morale, scientifica e professionale di un'interruzione di gravidanza attuata consapevolmente da un medico per motivi terapeutici.

ci. Si discuteva, cioè, se la medicina avesse o meno il diritto e il dovere di intervenire sul corpo di una donna incinta, arrestando la gravidanza perché in base alla propria conoscenza il sapere medico riteneva questa l'unica soluzione valida dal punto di vista terapeutico. Le questioni in gioco erano dunque molte: gli equilibri di potere-sapere della scena del parto, i fondamenti e i meccanismi di costruzione della decisione terapeutica e della sua realizzazione, i limiti dell'intervento scientifico sul corpo vivente, il significato e le finalità del governo della vita. O, secondo l'immagine usata dall'ostetrico torinese Giuseppe Berruti, si trattava di capire e decidere se in un'ottica terapeutica il medico avesse o meno il diritto di «far traboccare la bilancia» in favore della donna o del non nato e, nel qual caso, perché.³

Di chi avesse l'eventuale governo di questa bilancia – se un'entità trascendente o un sapere terreno – l'ostetricia europea cominciò a discutere esplicitamente a partire dai primi decenni del XIX secolo. Furono in particolare gli ostetrici francesi a porre *apertis verbis* l'interruzione di gravidanza e concepirla quale risorsa necessaria dell'arte ostetrica in presenza di complicazioni patologiche. Fu un dibattito lungo e complesso, al cui centro vi era il nodo problematico della legittimità morale, prima che deontologica e scientifica, dell'aborto terapeutico. Medici e docenti universitari, e più avanti nel secolo sacerdoti e inquisitori, si confrontarono sulle due opzioni di massima esemplificate da Enrico VIII e Napoleone, il cui esempio assumeva un rilievo simbolico e politico maggiore proprio perché si trattava di due regnanti, per i quali la salvaguardia della discendenza di sangue non era solo questione affettiva o personale, ma esplicitamente un affare dello stato in quanto concernente la continuazione e l'equilibrio di un ordine politico. Il differente modo in cui essi si accostarono ad una gravidanza a rischio e, quindi, alla concreta possibilità di perdere quel capitale politico e simbolico rappresentato dall'erede diventava aspetto speculare di una medesima sovranità sulla vita nascente, per la quale scelte e decisioni erano definite all'interno di una dinamica maschile, al cui centro vi era il medico, in quanto soggetto del sapere teorico e della competenza pratica, e dalla quale erano escluse le donne, alla cui parola non era riconosciuto alcun valore decisionale.

Ma per i medici ottocenteschi Enrico VIII e Napoleone erano esempi significativi dal punto di vista polemico anche e soprattutto in

³ Berruti sosteneva che la «regola che deve tenere il pratico» fosse di scegliere la donna nei casi patologici a rischio, cfr. Giuseppe Berruti, *La craniotomia nella pratica ostetrica*, Torino, Paravia, 1876², p. 76.

ragione dell'appartenenza religiosa. Se un imperatore fedele alla chiesa di Roma aveva dato quelle indicazioni a un medico, era lecito pensare che la priorità della donna nelle scelte terapeutiche sulla gravidanza avesse cittadinanza nella disciplina cattolica della nascita. In questa prospettiva, l'anglicano Enrico VIII, protagonista di una profonda rottura con la chiesa cattolica, diventava qui rappresentante della posizione impostasi nella disciplina cattolica della nascita a partire dalla *Embriologia sacra* di Francesco Emanuele Cangiamila del 1745: usare l'operazione cesarea per risolvere le gravidanze e i parti difficili. Tale indicazione, vista la tragica e nota inefficacia di questo intervento, si traduceva nella sostanziale affermazione della priorità della vita del feto su quella della donna. Nel dibattito medico-ostetrico dei primi decenni del secolo, a Enrico VIII e Napoleone fu fatto incarnare il passato e il futuro, il vecchio e il nuovo in conflitto nell'ostetricia francese primo-ottocentesca: da una parte un'indicazione di valore assoluta che si imponeva sulla valutazione delle possibilità concrete di un'azione terapeutica; dall'altra, invece, l'attenzione all'efficacia materiale delle misure terapeutiche e del loro impatto effettivo sulle individualità coinvolte.

Il rapporto con la realtà della scena del parto e delle pratiche del suo governo cominciò ad imporsi come problema ineludibile per l'ostetricia francese primo-ottocentesca a partire dalla constatazione di un dato di fatto denso di implicazioni morali, politiche e scientifiche: il fallimento dell'operazione cesarea come risorsa efficace per salvare la vita della donna e del feto. I numeri non lasciavano scampo. Con poche variazioni, la pubblicistica medica dava conto di percentuali di fallimento di quest'operazione prossime al 100%, soprattutto nei contesti urbani e ospedalizzati. Dall'inizio del secolo, nella sola Parigi non si era verificato un singolo caso con esito positivo e fu necessario attendere la diffusione delle misure di profilassi antisettica di Semmelweiss prima e Pasteur poi per poterne registrare uno.⁴ Si trattava di un dato reso ancor più pesante e denso di implicazioni negative dal contesto nel quale emergeva, quello della Francia di metà Ottocento alle prese con il decremento demografico, i bassi tassi di natalità e, al contempo, gli alti indici di mortalità puerperale, fetale e infantile.⁵ In questa prospet-

⁴ Cfr. Sherwin B. Nuland, *Il morbo dei dottori. La strana storia di Ignác Semmelweiss*, Torino, Codice edizioni, 2004.

⁵ Cfr. Catherine Rollet-Echalier, *La politique à l'égard de la petite enfance sous la III^e République*. Paris, Institut National d'Études Démographiques-Presses Universitaires de France, 1990; Scarlett Beauvalet-Boutouyrie, *Naître à l'hôpital au XIX^e siècle*, Paris, Belin, 1999.

tiva, il fallimento dell'operazione cesarea rappresentava l'incapacità della medicina di far fronte in maniera efficace ai problemi del governo della vita nascente, dimostrando così di non essere ancora quel sapere centrale di un progetto biopolitico sul corpo sano della nazione che essa voleva e rivendicava di essere.⁶ Ma tale fallimento, soprattutto, cambiava concretamente di segno morale agli interventi terapeutico-chirurgici sulla donna incinta; non pochi medici e teologi, infatti, cominciarono a considerare l'operazione cesarea come un'intervento direttamente "occisivo", al pari delle operazioni abortive.

In questo quadro, il riferimento ai due sovrani esprimeva anche una polemica interna alla scuola ostetrica francese, ispirata all'autorità di Jean Marie Baudelocque. Questi era stato l'ultimo grande rappresentante della settecentesca *ars des accouchements* del modello ostetrico cosiddetto "operante", per il quale la gravidanza era da intendersi come un meccanismo matematico in qualche misura prevedibile; in quanto tale il suo decorso poteva essere corretto con un intervento attivo del medico che, tuttavia, nella dimensione "operante" era limitato alla sola operazione cesarea. Fu infatti il veto di Baudelocque che ritardò l'introduzione e la diffusione del parto prematuro artificiale nell'ostetricia francese, dove sarebbe stato usato in modo significativo solo con i primi decenni del XIX secolo, benché fosse già ampiamente impiegato in altri paesi dell'Europa continentale. Nel contesto inglese, al contrario, vigeva una prospettiva cosiddetta "aspettante" per la quale la gravidanza era intesa come una funzione naturale che la medicina doveva limitarsi ad agevolare, senza azioni dirette e strumentali. In quest'ottica, l'uso di strumenti chirurgici e di interventi attivi era limitato e l'operazione cesarea rifiutata perché giudicata dal lato della sua efficacia materiale.

La distinzione tra le due scuole vedeva proprio nell'uso del taglio cesareo il discrimine più evidente, motivato *in primis* da fattori di ordine religioso. Come la storiografia ha ormai mostrato, tale intervento si era diffuso nei paesi cattolici a partire dalla fine del Seicento in ragione della volontà di salvare l'anima del feto amministrandogli il battesimo.⁷ In quest'ottica, il bene superiore della vita eterna subordinava il valore della vita terrena della donna, la quale, in una pro-

⁶ Vedi Jacques Léonard, *La médecine entre les savoirs et les pouvoirs. Histoire intellectuelle et politique de la médecine française au XIX^e siècle*, Paris, Aubier, 1981.

⁷ Jacques Gélis, *L'arbre et le fruit. La naissance dans l'Occident moderne, XVI-XIX siècle*, Paris, Fayard, 1984; Idem, *La sage femme ou le médecin. Une nouvelle conception de la vie*, Paris, Fayard, 1988; Nadia M. Filippini, *La nascita straordinaria. Tra madre e figlio la rivoluzione del taglio cesareo (sec. XVIII-XIX)*, Milano, Franco Angeli, 1995.

spettiva religiosa, era indotta dalla legge di carità a sacrificare la propria vita per garantire quella eterna del feto. Nel contesto anglofono e protestante, invece, mancando della legittimazione di natura spirituale, l'operazione cesarea era valutata soltanto dal lato dell'efficacia terapeutica ai fini della cura della gravidanza a rischio. In quest'ottica, l'efficacia era ridotta in modo decisivo dalla debolezza fisiologico-organica del non nato, che aveva poche possibilità di sopravvivere ad una nascita prematura.

Il tema del contendere era precisamente quel rapporto con le scelte dell'azione terapeutica sul corpo di una donna incinta e sulle priorità che dovevano guidare l'azione del medico sulla scena del parto: Enrico VIII o Napoleone Bonaparte? Si trattava, cioè, di decidere se e quando l'ostetrico doveva agire per salvare prima il non nato e poi la donna, oppure se questa avesse una priorità rispetto a quello. In tal senso, la medicina primo ottocentesca aveva cominciato a usare la probabilità statistica come elemento di valutazione dei segni patologici e di costruzione della conoscenza diagnostica e quindi come base di costruzione dell'azione terapeutica.⁸ Facendo uso del criterio di probabilità fondato su una base statistica di conoscenza era possibile aprire alla medicina preventiva, all'azione che anticipava nel presente l'emergere di patologie future. Fu precisamente in questa prospettiva, infatti, che si legittimarono le operazioni abortive attuate per motivi terapeutici.

Da questo punto di vista, parlare di priorità tra la vita della donna e la vita del feto significava soprattutto parlare di altro: del corpo della donna stessa, del suo ruolo rispetto alla procreazione, dello statuto del concepito, dei limiti dell'azione della scienza in rapporto all'ordine della natura, dei destini individuali che si volevano esser stati scritti una volta per tutte da una volontà trascendente e inviolabile. Nel 1852 di questi temi discussero in modo molto acceso le due accademie nazionali di medicina di Parigi e di Bruxelles, quando fu chiesto loro di occuparsi della legittimità morale, scientifica e professionale dell'interruzione di gravidanza attuata a scopo terapeutico. A Parigi come a Bruxelles il dibattito fu lungo e complesso ed entrambe le istituzioni del corpo professionale della medicina conclusero con una sostanziale approvazione della

⁸ Cfr. Paule Herschkorn-Barnu, *Wie der Fötus einen klinischen Status erhielt: Bedingungen und Verfahren der Produktion eines medizinischen Fachwissens, Paris 1832-1848*, in Barbara Duden, Jürgen Schlumbohm, Patrice Veit (a cura di), *Geschichte des Ungeborenen. Zur Erfahrungs- und Wissenschaftsgeschichte der Schwangerschaft, 17.-20. Jahrhundert*, Göttingen, Vandenhoeck & Ruprecht, 2002, pp. 167-203.

condotta di quei medici che per motivi terapeutici, cioè per salvare la vita della donna, avevano deciso di interrompere la gravidanza.⁹

Questa fu una svolta nel governo della nascita. Da questo momento, infatti, l'azione dei medici che provocavano l'interruzione di gravidanza per scopi terapeutici poteva avvalersi d'una copertura ufficiale e autorevole, in mancanza di un riconoscimento formale *ex lege*. Con questa presa di posizione, che riconosceva pubblicamente una prassi da tempo largamente in atto, la medicina si faceva carico in modo esplicito dei destini delle individualità coinvolte nella gravidanza, dando concreta realizzazione a quella rivendicazione alla medicina del potere di vita e di morte sulla scena del parto che era stata pronunciata da Franz Carl Nägele in una celebre lezione, quella che inaugurò l'anno accademico 1826 dell'università di Heidelberg e intitolata appunto *De iure vitae et necis quod competit medico in partu*.¹⁰ Tale rivendicazione, mai tanto esplicita e netta, insieme alla paternità dell'idea che la gravidanza fosse fin dal concepimento un conflitto frontale irriducibile, potenziale ma capace di esprimersi in determinate condizioni, fecero della lezione di Nägele uno dei testi più noti e influenti nel dibattito ostetrico e teologico ottocentesco. Punto centrale della sua analisi, condiviso e assunto da larga parte dell'ostetricia successiva, era l'idea che il potere totale della medicina fosse fondato sul fatto che essa avesse il sapere completo sul vivente e con esso la capacità di conoscere e giudicare dei destini coinvolti nella scena del parto in una prospettiva di bene comune, astraendosi dalla parzialità degli interessi coinvolti e intrecciati sulla scena del parto.

Le norme del Sant'Uffizio

Fu nel contesto di una medicina sempre più attiva nel rivendicare e concretizzare il proprio *status* di sapere organico sul vivente, che si inserì l'intervento normativo dell'Inquisizione romana. A partire dal 1884 la Congregazione del Sant'Uffizio emanò una serie di sentenze, concernenti nel dettaglio alcune delle operazioni chirurgico-ostetriche previste per gestire le gravidanze a rischio, ma riguardanti in generale il rapporto tra il potere-sapere della scienza e le logiche di un ordine naturale considerato inviolabile perché fondato su una

⁹ Jean-Yves Le Naour, Catherine Valenti, *Histoire de l'avortement XIX^e-XX^e siècle*, Paris, Seuil, 2003, in particolare il capitolo 1.

¹⁰ Franz Carl Nägele, *De iure vitae et necis quod competit medico in partu*, Heidelberg, Osswald, 1826.

matrice trascendente. Il Sant'Uffizio si occupò allora di aborto procurato, di laparotomia, di embriotomia, di craniotomia, di parto prematuro artificiale con l'intenzione da una parte di replicare alle prese di posizione delle istituzioni mediche, dall'altra di riportare all'ordine di una posizione identificabile il dibattito teologico che, spesso, aveva adottato posizioni analoghe a quelle mediche e avallato la legittimità dell'interruzione terapeutica di gravidanza. Nel loro insieme, infatti, le sentenze inquisitoriali stabilirono una sorta di principio d'ordine con il quale identificare il giudizio morale di un cattolico sulla terapeutica per le gravidanze a rischio: era da considerarsi illecita qualsiasi azione che non fosse in grado di garantire *a priori* e in forma sicura la vita del non nato, in qualsiasi situazione patologica e in ogni periodo della gravidanza, dal concepimento al parto.

L'intervento dell'Inquisizione fu una novità storica. Nel corso della sua storia, infatti, la chiesa non aveva mancato di definire una disciplina dell'aborto, ma non aveva mai preso posizione in maniera tanto esplicita e così ripetutamente sulle possibilità terapeutiche per governare la gravidanza a rischio. Come notò nel 1935 la voce *avortement* del *Dictionnaire de droit canonique*, solo negli ultimi quindici anni del XIX secolo si erano contate più decisioni romane che nei «quinze siècles précédents». ¹¹ Fu soprattutto una novità dal punto di vista del merito, poiché le sentenze del Sant'Uffizio fissarono limiti e norme che andavano in direzione sostanzialmente opposta a quella seguita da buona parte del dibattito teologico occupatosi di questi temi negli anni '60 e '70. ¹² In quest'ottica, infatti, si manifestò il significato disciplinare della normazione inquisitoriale, già rimarcato peraltro dallo stesso *Dictionnaire de droit canonique*, quando sottolineava che nel XIX secolo i teologi avevano esteso «indéfiniment le domain de l'avortement indirect». ¹³ Se l'aborto diretto era stato sempre condannato dalla dottrina della chiesa e dalla teologia, il giudizio sull'aborto indiretto era stato sempre più contraddittorio. Qui, infatti, giocava in modo determinante la valutazione dell'intenzione dell'agente e del rapporto mezzi-fini. In questo senso, l'interruzione di gravidanza era legittimata perché agita in funzione della salvezza della donna, benché attraverso un mezzo il quale, tra le sue conseguenze secondarie, annoverava la morte del non nato:

¹¹ J. Delmille, *Avortement*, in *Dictionnaire de droit canonique*, Paris, Letouzey et Ané, 1935, p. 1544.

¹² Per un quadro di questi dibattiti vedi John Connery, *Abortion, the development of the Roman Catholic perspective*, [Chicago], Loyola University Press, 1977.

¹³ Delmille, *Avortement*, p. 1544.

questa, dunque, non era da considerarsi effetto diretto e voluto dell'agente e, quindi, non influiva in maniera determinante sulla moralità dell'azione.

Il nodo interpretativo centrale delle discussioni, dentro e fuori l'Inquisizione romana, era comprendere perché la chiesa non era mai intervenuta in modo esplicito su tecniche ostetrico-chirurgiche e opzioni terapeutiche da sempre presenti agli attori della scena del parto e da sempre agite. Capire i motivi di questo silenzio fu il problema del dibattito apertosi nella seconda metà del XIX secolo, prima sulla stampa periodica e nelle monografie, poi nelle stanze dell'Inquisizione romana. Dal punto di vista religioso, infatti, la posta in gioco era alta. Se interventi e soluzioni più o meno definite per salvare la vita della donna interrompendo la gravidanza da sempre erano ipotizzate e si praticavano sulla scena del parto, allora occorreva comprendere perché la chiesa fino ad allora non aveva mai ritenuto opportuno esprimere *apertis verbis* la propria opinione su queste azioni. Le riteneva lecite? Oppure quegli interventi non erano così antichi, ma erano da considerarsi prodotti della modernità scientifica e come tali non giudicati prima dalla chiesa cattolica? La riflessione teologica seguì queste due strade e le posizioni si cristallizzarono a partire dalla questione del silenzio della chiesa dividendo, all'interno come all'esterno del sant'Uffizio, i teologi favorevoli alle terapie abortive per determinate condizioni patologiche –la maggioranza– dai contrari.

La maggior parte della pubblicazioni teologiche su questi temi lesse nel silenzio ecclesiastico la sostanziale approvazione da parte della chiesa degli interventi abortivi attuati per salvare la vita della donna. Nel 1867, ad esempio, il *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, pubblicato a Parigi tra il 1864 e il 1889, alla voce *avortement* presentava l'assenza della chiesa dal dibattito pubblico sulle terapie abortive come la prova sostanziale della legittimità morale di questi interventi e del riconoscimento implicito del «droit du médecin agissant dans le limites de son art». ¹⁴ Queste parole furono tanto più significative in quanto furono precisamente riportate agli inquisitori per dimostrar loro la necessità che il Sant'Uffizio rompesse un silenzio letto ormai come un avallo morale alle terapie abortive.

La normazione inquisitoriale originò da una serie di precise richieste inviate per lo più dalle università cattoliche di area francese le quali, nate sulla scorta delle leggi di riforma dell'insegnamento uni-

¹⁴ Jean Marie Jacquemier, *Avortement provoqué*, in *Dictionnaire Encyclopédique des Sciences médicales*, VII, Paris, Asselin et Masson, 1867, p. 575.

versitario degli anni '70, avevano già una facoltà di medicina o progettavano di costituirlo a breve. Vescovi, clinici e docenti di medicina e ostetricia chiedevano agli inquisitori se di fronte a determinate complicazioni patologiche della gravidanza per un cattolico era lecito interrompere la gravidanza per salvare la donna. Chiedevano, cioè, di fornire allo scienziato e al medico cattolico gli strumenti per identificare i caratteri con i quali giudicare la moralità e conformità alla disciplina della chiesa delle nuove possibilità che la tecnica e la scienza mettevano costantemente a disposizione. Il problema con il quale qui la chiesa si confrontava era il rapporto tra un ordine morale che si voleva assoluto e immutabile e i cambiamenti continui prodotti dalla scienza per governare il vivente. Quest'ambito, già denso di implicazioni, si caricava di significati e conseguenze misurabili perché la medicina era sempre più in grado di dare materiale ed efficace attuazione alle proprie istanze di governo della vita. Gli sviluppi scientifici riscrivevano costantemente i caratteri morali dei problemi, delle situazioni e delle possibilità da giudicare, presentando casistiche e soluzioni impensate e impensabili. In questa prospettiva, molti teologi e sacerdoti manifestarono esplicitamente il proprio disorientamento a confrontarsi con scenari e situazioni trasformate dalle novità della pratica scientifica. Molti non sapevano trovare i motivi morali per condannare e respingere le nuove possibilità terapeutiche create dalla scienza. E molti chiesero lumi direttamente al Sant'Uffizio perché aggiornasse gli strumenti del giudizio morale della chiesa sulla nascita o chiarisse in che modo dovessero essere applicati a situazioni apparentemente nuove.

L'intervento inquisitorio fu indirizzato all'interno del mondo religioso, in particolare a quei cattolici che operavano nella scienza e nei luoghi della formazione o a stretto contatto. Le sentenze, infatti, ebbero come primo obiettivo quello di delineare l'identità della scienza che si voleva coerente con la dottrina della chiesa. In quest'ottica, furono fissati principi e valori non negoziabili, cui gli scienziati e, soprattutto, le istituzioni della formazione nate per costruire e diffondere l'identità cattolica nella ricerca scientifica dovevano attenersi. Così, il riferimento identitario diveniva richiamo disciplinare rivolto a quei sacerdoti e a quei teologi che nella seconda metà del XIX secolo avevano a più riprese scritto a favore della legittimità delle terapie abortive per salvare la vita della donna.

La normazione inquisitoriale dava forma ad un'identità cattolica precisa nel rapporto con la scienza, ma al tempo stesso esprimeva una reazione ai cambiamenti interni all'economia discorsiva sulla nascita e sull'azione terapeutica per il governo del vivente. In questo quadro

temi discussi da tempo trovarono nella rifrazione con il contesto ottocentesco sfaccettature e aspetti per molti versi nuovi e non disciplinati prima e videro cambiamenti e slittamenti nell'economia del discorso morale sulla vita umana e sul suo governo.

Lo statuto del non nato tra morale e medicina

Nella storia delle riflessioni sulla vita umana e la sua origine uno dei punti centrali è stato il concetto teologico di animazione, vale a dire il momento in cui l'anima razionale viene infusa da Dio nel corpo del non nato, completandone la formazione di essere umano. Le leggi penali e civili hanno fatto lungamente riferimento a tale concetto per definire il reato di aborto, la paternità e i caratteri della successione ereditaria. Discuterne significava parlare del "momento ontologico" dell'essere umano, vale a dire capire quando e come esso iniziava. Su tale punto storicamente si sono confrontate soprattutto due interpretazioni: quella che ha prevalso per più lungo tempo è stata l'ipotesi dell'animazione *ritardata*, radicata nella riflessione medica di Ippocrate e Galeno, in quella filosofica di Aristotele e poi sistematizzata nella speculazione teologica da Tommaso d'Aquino. Secondo questa lettura, l'anima razionale è infusa a partire dal terzo-quarto mese (secondo Aristotele 40 giorni circa per i maschi, 80 per le femmine) poiché soltanto a partire da quel momento il corpo del non nato raggiunge una forma organica tale da poter accogliere e sviluppare pienamente le potenzialità ontologiche portate dall'anima razionale.

In questa prospettiva l'impostazione tomista assumeva una duplice discontinuità nell'embriogenesi, nella quale era identificabile un prima e un poi. Non essendo animato, il non nato prima del terzo-quarto mese si avvicinava a quella concezione di *pars viscerum matris* definita dal diritto romano, cioè parte del corpo materno non distinto né distinguibile da esso e come tale non gli era riconosciuta un'individualità differente dal corpo materno, né, di conseguenza, una titolarità giuridica. Proprio in questi termini, peraltro, le legislazioni penali inglesi del primo Ottocento identificarono nel *quickening* la condizione per l'esistenza di un aborto; e il *quickening* nient'altro era che la percezione della donna del primo movimento del feto nel proprio ventre.¹⁵ Un secondo elemento determinante per l'interpretazione tomista dell'embriogenesi era l'idea che nello sviluppo embrionale si succedessero tre anime

¹⁵ Cfr. Shelley Gavigan, *The criminal sanction as it relates to human reproduction: the genesis of the statutory prohibition of abortion*, «Journal of Legal History», 1984, n. 5, pp. 20-43.

–vegetativa, nutritiva, razionale– le quali si integravano progressivamente l’una nell’altra. Così, nella propria formazione l’essere umano passava attraverso fasi in cui non era distinguibile da un vegetale o da un animale. Fin da subito tale lettura fu criticata perché metteva in discussione la continuità ontologica dell’essere umano e della sua identità e con il XIX secolo alla teoria della successione delle anime fu mossa l’accusa di materialismo ed evolucionismo darwinista.

All’interpretazione «ritardata» si oppose quella cosiddetta «immediata», per la quale l’anima razionale era presente fin dal momento del concepimento, benché in forma potenziale. In tale prospettiva la continuità dell’embriogenesi era garantita e soprattutto era garantita l’identità ontologica dell’essere umano lungo tutto il corso della generazione. Sostenuta già nell’antichità, l’ipotesi “immediatista” guadagnò credito con le ricerche dell’embriologia del primo seicento, fu corroborata ulteriormente dalla riflessione scientifica del secolo dei lumi e finì per essere considerata l’ipotesi principale con il XIX secolo, nella scia delle ulteriori scoperte della biologia sui meccanismi della generazione.¹⁶

Per larga parte della storia identificare il momento dell’animazione ha avuto un ruolo determinante nel definire lo statuto del non nato e le relative implicazioni per il governo della nascita e, stando alle recenti discussioni sulle tecniche di riproduzione medicalmente assistita, continua ad averlo. Ed in quest’ottica tale concetto ha avuto una rilevanza peculiare per la definizione morale e giuridica dell’aborto. Intervenire sulla gravidanza dopo il terzo-quarto mese, infatti, significava agire su un duplice corpo animato, con l’aggravante che uno dei due corpi –quello del non nato– era un’anima non ancora salvata alla vita eterna tramite il battesimo. In questi termini spesso ci si riferiva all’aborto come ad un omicidio perché determinante non tanto la morte terrena del non nato quanto quella spirituale poiché esso era privato della salvezza eterna attraverso il battesimo. Proprio nella prospettiva di garantire la vita eterna al non nato tramite il battesimo, da Cangiamila e poi dalla disciplina cattolica era stata indicata l’operazione cesarea. Era un problema tanto più urgente per il fatto che la chiesa non riconosceva validità di sacramento al battesimo intrauterino, poiché la forma del rito non era garantita in quanto non vi era certezza che l’acqua toccasse effettivamente il capo del

¹⁶ Cfr. Jacques Roger, *Les sciences de la vie dans la pensée française au XVIIIe siècle. La génération des animaux de Descartes à l’Encyclopédie*, Paris, Albin Michel, 1993²; Walter Bernardi, *Le metafisiche dell’embrione. Scienze della vita e filosofia da Malpighi a Spallanzani (1672-1793)*, Firenze, Olschki, 1986.

non nato *in utero*. Questo dubbio pesava in maniera determinante nella valutazione delle risorse ostetriche per le gravidanze a rischio. Senza il battesimo, infatti, tali gravidanze si configuravano come un conflitto tra le due vite del non nato – spirituale e terrena – e la vita terrena della madre. La differenza tra i valori in gioco appariva evidente dal punto di vista religioso. Come detto, infatti, la donna era indotta dalla legge di carità a sacrificare la propria vita terrena per salvare quella eterna del non nato, poiché quest'ultima era considerata un bene di ordine superiore rispetto alla sua esistenza terrena.

Su questo punto, tuttavia, vi furono dei cambiamenti rilevanti e significativi per l'economia del discorso morale sulla nascita. Tra la fine del XVIII secolo e la fine del XIX le lunghe discussioni teologiche sul battesimo *in utero* lasciarono il posto al riconoscimento sostanzialmente unanime da parte di tutta la teologia che il battesimo intrauterino era un sacramento valido a tutti gli effetti. Inoltre, non era raro leggere in manuali di ostetricia e riviste mediche che la siringa per il battesimo era tra gli strumenti indispensabili all'attività dell'ostetrico. La possibilità del battesimo *in utero* riequilibrava i valori in gioco nelle decisioni sulla gravidanza a rischio: fatta salva la vita eterna del non nato, si trattava ora di valutare due vite terrene in pericolo che, come tali, potevano e dovevano essere valutate in riferimento al loro *status* organico e fisiologico, alla loro situazione patologica e alle loro concrete capacità di resistenza alle cure e agli interventi. Qui entrava in gioco una seconda identificazione determinante del non nato, quella per la quale esso era riconosciuto come paziente di cura, e, come tale, poteva cominciare ad essere governato. Questa seconda identificazione costituiva la premessa per ricalibrare su un altro piano lo stesso giudizio morale sul governo della vita.

Nel XIX secolo è tesi comune che l'ipotesi dell'animazione «immediata» si sia sostanzialmente imposta nella comunità teologica come l'interpretazione più plausibile del momento ontologico dell'essere umano. Occorre tenere presente, tuttavia, che si tratta di un concetto di natura speculativa, che in quanto tale non ha mai avuto nel corso della storia della chiesa una definizione ultima e risolutiva da parte dell'autorità ecclesiastica; cosa, peraltro, dimostrata dalla stessa storia della dottrina e della teologia, dove nel corso del tempo si sono alternate letture favorevoli e contrarie ad entrambe le ipotesi, senza che una abbia definitivamente prevalso sull'altra.¹⁷

¹⁷ Nel XIX, ad esempio, lo stesso Sant'Uffizio respinse quest'ipotesi in relazione a un caso specifico che ho esaminato nel mio *Anime salve e fœti abortivi. L'Irlanda ottocentesca terreno di missione*, «Quaderni storici», 2000, n. 105, pp. 767-801.

Vi è tuttavia un elemento interessante da notare. L'idea che il feto fosse animato fin dal primo momento del concepimento aveva quale primo effetto la definizione più precisa della sua identità ontologica, ma in tal modo, facendone un essere umano completo, gli attribuiva anche una responsabilità rispetto alla situazione nella quale si trovava. Da questo punto di vista, all'analisi era premesso il riconoscimento al non nato e alla donna di uno stesso diritto alla vita. Questa equiparazione era la base per definire chi dovesse essere tutelato in prima istanza. Ciò avveniva principalmente con tre argomentazioni: la teoria dell'aggressione, la collisione dei diritti e la teoria del male minore.

La teoria dell'aggressione, premessa per rendere attivo il diritto di legittima difesa, era stata applicata al giudizio teologico-morale dell'aborto dal gesuita spagnolo Tomás Sanchez nel Seicento. Buona parte della teologia ottocentesca la considerava l'argomento più solido e convincente a sostegno della legittimità di un intervento abortivo in condizioni di pericolo. Si rifecero a questa ipotesi, ad esempio, i due gesuiti Augustin Lehmkuhl e Antonio Ballerini, nonché il vescovo e consultore dell'Inquisizione Giuseppe d'Annibale, considerati i più rilevanti teologi ottocenteschi. A vario titolo si occuparono di terapie ostetriche abortive e sostennero la necessità nel caso di pericolo di interrompere la gravidanza per salvare la vita della donna, perché era da considerarsi "aggredita" dalla presenza del feto nel proprio ventre.¹⁸ Dopo le prime sentenze del 1884 e del 1889, che avevano sostanzialmente escluso questa possibilità, Ballerini e Lehmkuhl circoscrissero l'ipotesi del feto come aggressore al caso della gravidanza extrauterina. Ma nel 1901, l'ultima sentenza inquisitoriale chiuse anche questa possibilità. Anche in quel caso, l'intervento abortivo terapeutico era da considerarsi moralmente illecito.¹⁹

L'argomento della legittima aggressione era modulato sull'idea che la donna avesse il diritto di usare tutte le possibilità per tutelare la propria salute e la propria vita quando erano messe in pericolo, anche facendo uso di strumenti (medicamenti o azioni) che determinavano in maniera più o meno diretta la morte del non nato. In tale prospet-

¹⁸ Giuseppe Angelini, Angelo Valsecchi, *Disegno storico della teologia morale*, Bologna, Dehoniane, 1972; John T. Noonan, *An almost absolute value in history* in Idem (a cura di), *The morality of abortion. Legal and historical perspectives.*, Cambridge (Mass), Harvard University Press, 1977, pp. 1-59.

¹⁹ Per un quadro più ampio dell'intervento inquisitoriale rimando al mio *La donna, il feto e l'anima nei decreti del Sant'Uffizio alla fine dell'Ottocento*, in Anna Scattigno, Nadia Filippini, Tiziana Plebani (a cura di), *Corpi e storia. Pratiche, diritti, simboli*, Roma, Viella, 2002, pp. 213-228.

tiva, infatti, questi aveva perduto il diritto alla vita in quanto era stato posto dalla natura nella condizione di non poterne usufruire senza danneggiare la madre. Ella, invece, aveva diritto a difendere se stessa per cui nel caso in cui fosse impossibilitata ad esercitarlo, altri, in primis il medico, sarebbero stati autorizzati a farlo in sua vece.

La teoria dell'aggressione, però, era rovesciata di segno da coloro che respingevano le operazioni abortive. Questi ritenevano che la colpa fosse nel corpo della donna, perché la sua incapacità di portare avanti una gravidanza senza ostacoli o difficoltà era intesa come l'incorporazione di una colpa morale. In questa prospettiva, era la donna che aggrediva il non nato con il proprio corpo inadatto a fornirgli una sicurezza "naturale". Come tale, dunque, era corpo colpevole e attivamente aggressore.

Agli altri argomenti affiancati alla teoria dell'aggressione era riconosciuta una forza minore rispetto a questa. La prospettiva del male minore leggeva la gravidanza a rischio come una situazione compromessa dalla natura nella quale vi era la certezza della morte di una delle due individualità –la donna o il non nato– che imponeva di limitare al minimo il male scegliendo il minore. Questa tesi spesso si traduceva nel sostenere la necessità di salvare la donna piuttosto del feto, a partire dall'evidenza che quest'ultimo era un corpo incerto dal punto di vista fisiologico e organico, e non era relazionata affettivamente né socialmente, dunque era ancora da considerare un capitale incerto e un investimento rischioso per la comunità.

Il secondo argomento, invece, era il prodotto dell'equiparazione tra donna e non nato in termini di diritto alla vita. Si affermava che in condizioni di pericolo il diritto dell'una escludeva il diritto dell'altro, in una sorta di gioco a somma zero in cui i due diritti non potevano coesistere, dove l'esistenza dell'uno era dovuta all'inesistenza dell'altro e viceversa. Per misurare e ponderare il diritto prevalente la valutazione era fondata su due punti: da una parte il grado di autonomia di ciascuno, vale a dire la capacità di una individualità di essere autonoma, dall'altra il criterio funzionalista in riferimento ad una dimensione comunitaria organizzata. Nella maggior parte dei casi entrambi i punti di vista conducevano al riconoscimento della donna quale soggetto prioritario per l'azione terapeutica, in ragione della sua autonomia e del suo essere attiva nella famiglia e nella società.

Il discorso della teologia morale e della disciplina della chiesa, dunque, offriva strumenti e categorie con le quali argomentare la legittimità morale dell'interruzione terapeutica di gravidanza in determinati casi patologici. E, come si è detto, molti sacerdoti e teologi, nonché molti medici e chirurghi delle facoltà di medicina catto-

liche, usufruirono di questi strumenti e sostennero pubblicamente la compatibilità delle terapie abortive con la dottrina della chiesa. Molti altri, invece, si rivolsero al Sant'Uffizio per chiedere lumi non sapendosi orientare nei sentieri di una teologia morale che offriva la possibilità di sostenere o di negare quella legittimità. E il Sant'Uffizio intervenne, andando in una direzione opposta a quella seguita dalla maggior parte dei cattolici che parlarono nel dibattito pubblico. Nel definire legittimità e illegittimità di alcune specifiche operazioni ostetriche, la chiesa cercò di mettere in ordine e di imporre un ordine alle discussioni e ai giudizi morali che erano stati scossi alle fondamenta dalla ricerca scientifica e dalla forza efficace delle pratiche medico-ostetriche. Nel regime di verità del corpo, ormai, salute, malattia, vita organica, biologizzazione erano divenuti parametri sempre più imprescindibili per qualsiasi giudizio morale sul governo della vita, come mostrato dalle discussioni teologiche degli anni 1860-1870, che attorno a quei parametri si erano articolate.

Nell'ambito di queste trasformazioni, lo stesso rapporto con la scienza stava mutando. Non si trattava più di identificare il momento dell'animazione per sostenere che la medicina agiva su un essere umano fin dall'inizio del concepimento. La stessa medicina lo riconosceva senza alcun problema, ma spostava su un altro piano la questione rivendicando a sé il sapere-potere di decidere della vita e della morte sulla scena del parto, come aveva sostenuto Nägele. Non era più importante disquisire del momento ontologico del non nato, quanto identificarlo come paziente, capirne lo statuto fisiologico, la capacità di sopravvivenza, le speranze di vita media alla nascita per poter decidere le soluzioni terapeutiche più efficaci per esso ma soprattutto per la comunità.

Da questo punto di vista nella normazione inquisitoriale trasparì una finalità strategica che andava oltre il contesto specifico ottocentesco e si indirizzava alla definizione della specifica posizione cattolica rispetto ai temi del governo della nascita. Con successive conferme e integrazioni, dalla *Casti connubii* alla *Dichiarazione sul procurato aborto* del 1974, la chiesa si fece portatrice della difesa della vita del non nato, con una posizione, è bene notare, che non era condivisa da parte del dibattito teologico. In questo modo assunse una sostanziale egemonia nel quadro delle posizioni cosiddette *pro-life* e si ripositionò nell'economia discorsiva sul governo della vita con un ruolo forte e spesso condizionante rispetto alle scelte e alle decisioni politiche e giuridiche.

Abstract: This article discusses late nineteenth century intervention of the Congregation of the Holy Office, concerning therapeutic abortive interventions on at risk pregnancy. In the context of a most widely conflict between religion and science, this inquisitorial discussion appeared as a reaction to increasing power of medicine on nature and human body. In this perspective, Catholic Church, through the Holy Office, discussed the status of human embryo, the role and freedom of pregnant women, the moral limits of medicine and science.

Keywords: donne, animazione, embrione, aborto, Sant'Uffizio

Biodata: Emmanuel Betta, Docente di Storia contemporanea, Università di Roma "La Sapienza" (emmanuel.betta@uniroma1.it).