

Rispettare il processo.

Il ruolo sociale, culturale e politico delle ostetriche libere professioniste in Italia e in Spagna

Patrizia Quattrocchi

ricercatrice-Marie Sklodowska Curie fellow, Università degli studi di Udine
[patrizia.quattrocchi@uniud.it]

Il campo di ricerca e la ricerca sul campo: partorire in Italia e in Spagna

Il presente lavoro delinea parte dei risultati di una ricerca antropologica sul parto a domicilio e in casa maternità svolta in Italia, Spagna e Olanda⁽¹⁾.

In questa occasione mi soffermerò in particolare sul ruolo dell'ostetrica libera professionista in Italia e in Spagna. L'obiettivo è di evidenziare le valenze assistenziali ma anche politiche, sociali e culturali che si costruiscono e si esprimono a partire dalla scelta di operare al di fuori del sistema medico istituzionale, ossia il servizio sanitario presente nei due paesi⁽²⁾. I dati rimandano a diverse missioni di ricerca condotte tra il 2010 e il 2013⁽³⁾.

Prima di entrare nello specifico della loro esperienza e del loro ruolo ritengo utile delineare brevemente il contesto socio-demografico e assistenziale in cui si partorisce in Italia e in Spagna. Tale contesto permetterà di focalizzare le questioni principali legate all'eccessiva medicalizzazione del parto e della nascita, riscontrabile in entrambi i paesi.

In Italia nel 2011 sono nati 556.000 bambini, seimila in meno rispetto al 2010. Il tasso di natalità è sceso infatti dal 9,3 per mille nel 2010 al 9,1 per mille nel 2011. L'82% delle nascite proviene da donne italiane, il restante 18% da donne straniere. L'età media delle madri è di 31, 4 anni, con valori pari al 32,1 per le italiane e di 28 anni per le cittadine straniere. Il numero medio di figli per donna è pari a 1,42 (2,07 figli

per le donne straniere contro 1,33 delle italiane). Nel 2009 Il tasso di natimortalità è pari a 2,7, il tasso di mortalità perinatale a 4,6 e quello di mortalità infantile a 3,4⁽⁴⁾ (ISTAT 2012).

Tra gli indicatori di medicalizzazione eccessiva vi è il tasso di taglio cesareo, in costante aumento negli ultimi decenni: dall' 11,2% nel 1980 al 33,2% nel 2000, al 38% nel 2009 e in lieve diminuzione nel 2010 (37,5%): un dato che nelle linee guida emanate nel 2010 è definito «allarmante» (MINISTERO DELLA SALUTE – ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ 2010: 1) e che situa il nostro paese al primo posto in Europa (dopo Cipro) per l'uso/abuso di questa pratica⁽⁵⁾.

Anche il percorso in gravidanza risulta sempre più controllato dal punto di vista medico. Il numero medio di ecografie per le donne italiane con gravidanza a decorso fisiologico era nello scorso decennio di 5,3 (GRANDOLFO M. - DONATI S. - GIUSTI A. 2002) ed è attualmente di 7; se vi è qualche patologia, viene effettuata sola ecografia in più. La percentuale scende di qualche punto per le donne straniere, che effettuano mediamente 5 ecografie. In generale però, solo il 9,4% delle italiane e il 43,6% delle straniere effettuano al massimo le 3 ecografie previste dal servizio sanitario nazionale⁽⁶⁾.

Ancora: il numero medio di visite mediche durante la gravidanza è pari a 6,9, ma il 53,9% delle donne ha effettuato 7 o più visite. Il dato è elevato non solo per le donne che hanno avuto gravidanze difficili, ma anche per coloro che hanno vissuto una gravidanza fisiologica. Infatti, chi ha avuto minaccia di parto pretermine ha effettuato, in media, una visita in più di chi ha avuto un decorso normale (7,8 contro 6,8) e così chi ha avuto minacce d'aborto: 7,6 contro 6,8 (SABBADINI L.L. 2001). Ciò significa che le gravidanze fisiologiche e quelle a rischio di patologia o patologiche non sono oggetto in Italia di un percorso differente. Al contrario, “tutte” le gravidanze in Italia, anche quelle normali, vengono generalmente trattate come se fossero patologiche. A contribuire a tale situazione vi è la tipologia di assistenza e in particolare il tipo di professionista che prende in carico la donna in gravidanza. In Italia la maggioranza delle donne italiane (78, 5%) si rivolge al ginecologo, molto spesso privato (44,7%), sebbene il parto avviene quasi sempre in una struttura pubblica. Mentre è proprio nel privato che si riscontra il maggior eccesso di medicalizzazione (GRANDOLFO M. - DONATI S. - GIUSTI A. 2002), la presenza del ginecologo è rilevante anche nelle gravidanze non a rischio o non patologiche; un decorso che in altri paesi – come in Olanda o in Gran Bretagna – sarebbero di competenza esclusiva dell'ostetrica. Solo l'11% delle donne italiane

(al contrario del 52,2% delle straniere) si rivolge invece al consultorio, dove solitamente la presa in carico è dell'ostetrica (LAURIA L. - ANDREOZZI S. 2011, LAURIA L. - LAMBERTI A. - BUONCRISTIANO M. *et al.* curr. 2012). Si rileva inoltre un eccesso di interventismo e di farmaci (per esempio di ossitossici) durante il travaglio e il parto. Dalle due indagini campionarie condotte tra il 2008 e il 2009 dall'Istituto superiore di sanità in 25 aziende sanitarie locali emerge che il 19,4% delle donne italiane e il 12,8% delle donne straniere che hanno partorito con parto spontaneo hanno avuto un travaglio indotto. Nel 43,6% delle italiane e nel 45,6% delle straniere è stata invece praticata l'episiotomia (LAURIA L. - BONCIANI M. - LAMBERTI A. *et al.* 2012)⁽⁷⁾. Ciò che evidenziano questi dati è «una dipendenza e una perdita di controllo da parte delle donne della propria condizione, in una fase della loro vita in cui si esprime la loro potenza creativa al massimo livello e in cui al contrario sarebbe altamente auspicabile il loro coinvolgimento in processi di *empowerment*» (GRANDOLFO M. - DONATI S. - GIUSTI A. 2002: 1). L'indagine multiscopo "Condizione di Salute e ricorso ai servizi sanitari" condotta dall'ISTAT tra il 1999 e il 2000 evidenzia chiaramente questa situazione: solo il 26,3% delle donne che hanno partorito spontaneamente ha potuto scegliere autonomamente la posizione del parto (SABBADINI L. L. 2001). Lo studio, ripetuto a cadenza quinquennale, rivela che tra il 2004 e il 2005 l'assistenza in gravidanza – in particolare per quanto riguarda le donne che si sottopongono a visite e accertamenti nei primi mesi della gestazione e sono informate sulle tecniche di diagnosi prenatale – è migliorata, ma la medicalizzazione è ancora in aumento. Le donne continuano ad apparire ancora poco informate, poco supportate nelle varie fasi della gravidanza e del postparto e soprattutto poco coinvolte nei processi decisionali che le riguardano (ISTAT 2006).

È importante menzionare che l'eccessiva medicalizzazione è ben lontana dagli ideali e dai desideri femminili: ben il 94,7% delle primipare italiane che ha partorito con un parto spontaneo ha dichiarato che, potendo scegliere, preferirebbe nuovamente il parto spontaneo; e così il 78,1% di quelle che hanno partorito con un taglio cesareo. La percentuale delle pluripare italiane che hanno già partorito con cesareo e che preferirebbe un parto spontaneo si innalza al 96% e percentuali sono simili anche per le straniere (rispettivamente 94,5% e 78,2%). Il 95% delle donne desidera poi allattare al seno (GRANDOLFO M. 2012, ISTAT 2007). È interessante notare che le donne danno un giudizio positivo all'esperienza del parto con minore frequenza quando il parto è avvenuto con taglio cesareo o è stato operativo; inoltre, tra i parti spontanei non migliora il giudizio se è stata praticata l'anestesia epidurale (LAURIA L. - BONCIANI M. - LAMBERTI A.

et al. 2012). Mi sembrano dati particolarmente importanti, che rispondono in maniera chiara a certi luoghi comuni e a non rare affermazioni mediche secondo cui «sono le donne a preferire il cesareo, l'epidurale e il latte artificiale».

Per quanto riguarda la Spagna, la situazione non è molto diversa. Nel paese nel 2012 sono nati 453.637 bambini, con un 3,9% in meno rispetto all'anno precedente. Dal 2008, quando nacquero 519.779 bambini (il massimo negli ultimi trent'anni) il numero infatti è in decrescita. Il tasso crudo di natalità (il numero di nascita per 1000 abitanti) è sceso nel 2012 al 9,7 dal 12,8 dell'anno precedente. Anche il tasso di fecondità è in decrescita, sia per le donne spagnole che partoriscono un numero di figli per donna di 1,28 (contro l'1,29 del 2011) sia per le donne straniere (1,54 contro l'1,58 del 2011). L'età media delle madri è di 32,1 per le spagnole e di 28,9 per le straniere. Il tasso di mortalità neonatale⁽⁸⁾ è nel 2011 di 2,15; quello di mortalità infantile è di 3,13 nel 2012 (INE 2013).

Anche in Spagna la medicalizzazione del parto è fortemente presente e il ruolo marginale della donna nelle scelte che riguardano il suo corpo e la sua salute è stato spesso sottolineato (FERNANDEZ DEL CASTILLO I. 1994, FUENTES M. 2001, MONTES-MUÑOZ M.J. 2007, RODRIGÁNEZ BUSTOS 2007, BLÁSQUEZ RODRIGUEZ M. 2010, ESTEBAN M.L. - COMELLES J.M. - DIEZ MINTEGUI C. 2010). La maggioranza delle nascite avviene in ospedali pubblici (75%), dove le donne giungono dopo un percorso presso il centro di salute in cui sono seguite dall'ostetrica e/o il centro specialistico in cui sono seguite dal ginecologo; quest'ultimo è un professionista pubblico (più frequentemente) o privato. Il ricorso al ginecologo anche per gravidanza fisiologiche è fortemente presente, come accade in Italia. Tra gli indicatori di una crescente medicalizzazione vi è il tasso di cesareo: nel 2011 è del 22,02%, quando nel 1985 era 10,5% e nel 1996 del 20%. L'interessante *Informe sobre el Parto y Nacimiento en el Sistema Nacional de Salud 2012*, che costituisce il primo documento di valutazione di ciò che è accaduto dall'emanazione della *Estrategia* del 2007, afferma inoltre che nel 53,3% dei parti si utilizza ossitocina per accelerare il travaglio (standard previsto dall'OMS dal 5 al 10%), il 19,4% dei parti è indotto (standard OMS meno del 10%), la rottura delle membrane avviene nel 46,6% dei casi, la posizione litotomica viene adottata nell'87,4% dei parti, la manovra di Kristeller continua ad essere effettuata nel 26,1% dei casi, l'episiotomia si effettua nel 41,9% dei parti (standard raccomandabile minore al 15%) (MINISTERIO DE SANIDAD, IGUALDAD Y SERVICIOS SOCIALES 2013).

È significativo che tutto ciò avvenga nonostante ormai da tempo le evidenze medico-scientifiche dimostrino l'inefficacia o la pericolosità di un interventismo eccessivo, e in particolare di alcune pratiche ancora effettuate di routine. Già nel 1985 l'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) raccomanda, infatti, di evitare – come pratiche *sistematiche* – la rasatura pubica, l'enema, l'induzione al travaglio, la parto-analgesia, il monitoraggio fetale diverso dall'auto-auscultazione, la posizione litotomica durante il parto, la rottura artificiale delle membrane, l'episiotomia e il taglio cesareo (WHO 1985a, WHO 1985b). Si rileva inoltre l'importanza di creare un ambiente favorevole per la mamma e il bambino, in cui i fattori sociali, emotivi e psicologici rivestano un ruolo fondamentale. Ciò significa la presenza del partner o di persone care alla partoriente durante il travaglio e il parto, la libertà di movimento e di comportamento (camminare, mangiare e bere, se lo si desidera), la libera posizione durante il parto, il mantenere il bambino nella propria camera durante la degenza (*rooming-in*), l'allattamento immediato, già in sala parto. Raccomandazioni che trovano riscontro scientifico basato sulle evidenze anche negli anni successivi (CHALMERS I. 1989) e che sono riprese dall'OMS in numerosi documenti, fino ai giorni nostri (WHO 1996, 2006, 2008, 2009, 2010, 2014).

Il contesto dentro cui mi muovo rimanda dunque allo iato esistente tra le direttive internazionali, volte da tempo al contenimento di un approccio troppo medicalizzato al processo riproduttivo e le pratiche effettivamente messe in atto nella routine ospedaliera. Le istituzioni sanitarie locali non sembrano in effetti essere poste nella condizione di rendere tali istanze operative, nonostante vi siano in entrambi i paesi delle politiche nazionali che perseguono tali obiettivi.

In Spagna, l'inversione di rotta si delinea nel 2007 con l'emanazione della *Estrategia del Atención al Parto Normal en el Sistema Nacional de Salud*, da parte del *Ministerio de sanidad y consumo* (MINISTERIO SANIDAD Y CONSUMO 2007). Tale strategia, che si situa nel *Plan de Calidad del Sistema nacional de salud*, indica quattro linee di azione per promuovere una diversa attitudine all'assistenza al parto: la presa in considerazione delle Dichiarazioni OMS del 1985 (WHO 1985a); la partecipazione delle donne nei momenti decisionali; la formazione di professionisti medici e infermieri per implementare la strategia stessa; la ricerca e le buone pratiche per assistere il parto normale. Si includono inoltre tre parametri di equità: la diversità (sensoriale, psichica o fisica), la multiculturalità e la prospettiva di genere. Il documento rappresenta senza dubbio un punto di partenza importante per restituire al parto il suo statuto di evento fisiologico. Ciò nonostante

il *parto respetado* – come viene denominato tale approccio lasciando intravedere l'eventualità di un parto *no respetado* – è ancora poco praticato nella maggioranza delle strutture, sia pubbliche che private; il cambio di attitudine, di visione e di pratica da parte dei professionisti sanitari (medici ginecologi, ostetriche, infermieri ecc.) richiede evidentemente di maggiore tempo, di ulteriori politiche di sostegno, di formazione adeguata; ma anche della riappropriazione da parte delle donne della fiducia in se stesse e nelle proprie conoscenze/capacità.

Per quanto riguarda l'Italia già nel 1998-2000 viene varato il POMI-Progetto Obiettivo Materno Infantile (POMI) quale tematica di rilevanza strategica (MINISTERO DELLA SALUTE 2000). Il piano, le cui indicazioni vengono riprese nei successivi piani nazionali triennali, si occupa di percorso nascita, tumori femminili e adolescenza. In merito al parto e alla nascita tra gli obiettivi principali (riferibili ai Livelli Essenziali di Assistenza) vi è l'umanizzazione del servizio di assistenza, raggiungibile attraverso l'attivazione di corsi pre-parto, la qualificazione del personale, la presenza di una persona a scelta della donna durante il travaglio e il parto, la sperimentazione di percorsi di demedicalizzazione del parto, l'attivazione di percorsi facilitanti il contatto madre-bambino, il *rooming in*, l'assistenza al puerperio. Altre priorità riguardano favorire il contatto puerpera-neonato (anche patologico) attraverso il collegamento funzionale strutturale tra area ostetrico-ginecologica e pediatrico-neonatologica; l'adeguamento strutturale al fine di facilitare il *rooming in* e l'allattamento al seno; la realizzazione di dimissioni protette e precoci attraverso l'attivazione di una rete ospedaliera territoriale e sociale per il rientro domiciliare della madre e del bambino; la promozione e l'incremento dell'allattamento al seno.

Nel mio percorso di ricerca, l'approccio antropologico ai processi fisiologici e patologici che riguardano il corpo (SHEPER HUGHES N. - LOCK M. 1987, LOCK M. - GORDON D. *curr.* 1988, JOHNSON T. - SARGENT C. 1990, LINDEBAUM S. - LOCK M. *curr.* 1993, KLEINMAN A. 1995, FASSIN D. 1996, KLEINMAN A. - DAS V. - LOCK M. *curr.* 1997, KLEINMAN A. 1998, GOOD B. J. 1999 [1994], NICTHER M. - LOCK M. 2002, FARMER P. 2003, HAHN R. - INHORN M. *curr.* 2009, LOCK M. - NGUYEN V.K. 2010, GOOD B.J. - FISCHER M. - WILLEN S. *et al.* *curr.* 2010) mi consente, da una parte, di guardare a questi processi con uno sguardo più ampio rispetto alla prospettiva biomedica; dall'altra di occuparmi dei rapporti di forza che contribuiscono all'elaborazione, perpetuazione e a volte imposizione di un discorso e di una pratica, piuttosto che di altre. "Medicalizzare" significa infatti ricon-

durre eventi o processi della vita quotidiana alle categorie interpretative della biomedicina e inserirle in una cornice di senso che rimanda a quel paradigma, che tra le innumerevoli caratteristiche e la comprovata non omogeneità⁽⁹⁾, si distingue per essere fortemente organicista, riduzionista, positivista ed empirista.

In merito alla gravidanza, al parto, al puerperio “medicalizzare” significa innanzitutto considerare l’intero processo come fosse una somma di “eventi medici” separabili l’uno dall’altro; e non come un processo complesso e multidimensionale: allo stesso tempo bio-psico-sociale e culturale (JORDAN B. 1983). In secondo luogo, significa ricondurre tali eventi alla dimensione patologica, ossia considerarli e trattarli *come se* fossero delle malattie. Il parto è sicuramente un caso emblematico in questo senso e la letteratura sulla sua trasformazione da fatto sociale e quotidiano a evento medico-patologico è ormai consistente (PIZZINI F. 1981, ARTSCHWAGER K. 1982, OAKLEY A. *cur.* 1985, COLOMBO G. - PIZZINI F. - REGALIA A. 1987, DAVIS FLOYD R. 1992, DAVIS-FLOYD R. - SARGENT C. *curr.* 1997, WAGNER M. 2001, DAVIS-FLOYD R., BARCLAY L. DAVIS B. *et al. curr.* 2010, MAFFI I. *cur.* 2010, RANISIO G. 2012). Emergono da questi studi almeno tre considerazioni. La prima, cui ho già accennato, rimanda a un interventismo medico esageratamente praticato e a volte non giustificato dal punto di vista clinico, sia in gravidanza che durante il parto. La seconda riguarda le donne incinte, che si ritrovano spesso espropriate di un ruolo attivo nella gestione del proprio corpo e della propria salute e – dentro meccanismi complessi di legittimazione sociale della prassi biomedica – delegano a volte acriticamente e inconsapevolmente alle istituzioni sanitarie aspetti che non necessariamente rimandano alla patologia, né necessitano di uno sguardo clinico. Un terzo aspetto da prendere in considerazione riguarda poi i professionisti della salute. Mi riferisco *in primis* alle ostetriche ospedaliere, che si formano e operano all’interno di una cornice medicalizzata che impedisce loro di cogliere e accogliere gli aspetti sociali, culturali, esistenziali dell’esperienza del parto e della nascita; e tendono a declinare, a volte loro malgrado, la loro funzione al tecnicismo, alla depersonalizzazione e alla burocratizzazione insite nella struttura ospedaliera. Rigidi protocolli che non lasciano margine alle esigenze del singolo e unico caso, controllo e supervisione medica anche quando non necessari, scarsa tutela giuridico-assicurativa in caso di risoluzione di conflitti, ma anche una formazione volta in modo eccessivo agli aspetti patologici del processo riproduttivo rappresentano solo alcuni degli elementi che minano alla base l’autonomia della professione, e che sono emersi in maniera consistente nelle mie conversazioni; così come in altri studi (SPINA E. 2009, CHENEY M. 2010).

Sia in Italia che in Spagna, tali riflessioni non permeano quasi per nulla le pratiche assodate, che si dimostrano spesso autoreferenziali nel loro perpetuarsi e lontane dall'essere sottoposte – se non in maniera molto graduale – ad una rivisitazione critica dentro la prassi biomedica.

Tali questioni si ritrovano invece in maniera più o meno preponderante nei discorsi di chi compie scelte differenti, sia a livello personale che professionale: dalle ostetriche che lavorano in libera professione alle donne che decidono di partorire in un luogo “altro” rispetto all'ospedale.

Aumentano, infatti, sia in Italia sia in altri paesi europei le donne e le coppie che rivendicano la possibilità di scelta in merito ai luoghi, alle persone, alle pratiche inerenti la propria salute e quella dei propri cari, in particolare durante un momento tanto significativo come la nascita di un figlio. Sempre più donne europee si interessano al parto non ospedaliero (a domicilio o in casa maternità)⁽¹⁰⁾, pur essendo ancora una percentuale minima quella che effettivamente opta per questo tipo di assistenza. Si tratta di una media che oscilla intorno all'1% sia in Italia che in Spagna (EMONS J. - LUITEN M. 2001). Il dato è in linea con altri gli paesi europei, che in media prevedono una percentuale di donne che partoriscono in casa tra l'1 e 2%. Percentuali leggermente superiori si incontrano in Inghilterra (2,7%) e in Galles (3,7%) (EUROPERISTAT 2010). L'unica eccezione rispetto a questi dati è costituita dai Paesi Bassi, che presenta un tasso di parti a domicilio che superava il 30% nello scorso decennio (DE VRIES R. 2004) e che si attesta attualmente al 16,3%. A tale percentuale vanno aggiunte le case maternità o birth centres. Nei Paesi Bassi ve ne sono 26 e raccolgono l'11,3% dei parti. In totale, dunque, in questo paese i parti non ospedalieri risultano essere il 27,6% (EUROPERISTAT 2010).

Vi sono però anche delle zone d'ombra, ancora poco indagate, in cui si intrecciano diritti riproduttivi, questioni di genere, nuovi e vecchi reazionismi. È di pochi anni fa, per esempio, il caso dell'ostetrica libera professionista ungherese Agnes Gereb, incarcerata dopo aver assistito un parto a domicilio. Il fatto, raccontato nel documentario *Freedom for Birth* che ho avuto il piacere di discutere come *comentarista* durante la prima nazionale datasi in Messico nell'ottobre 2012⁽¹¹⁾, ha permesso a un tema importante quanto defilato – il diritto delle donne di scegliere per sé stesse – di imporsi nel dibattito pubblico internazionale. Nel 2010 infatti il caso è stato portato all'attenzione della Corte europea dei diritti umani di Strasburgo che ha stabilito che il «diritto al rispetto della vita privata include anche il diritto di scegliere le circostanze in cui avere il proprio parto.» D'altra parte, già il Parlamento europeo con la risoluzione A2-

38/88 (Carta europea dei diritti della partoriente) menziona il diritto all'«assistenza adeguata qualora venga scelto il parto a domicilio, compatibilmente con le condizioni psicofisiche della partoriente e del nascituro e con le condizioni ambientali.»

È proprio tale diritto a costituire, a mio avviso, la posta in gioco. Si tratta di un diritto spesso negato nella pratica, nonostante sia ribadito più volte anche dall'OMS: «the whole community should be informed about the various procedures in birth care, to enable each woman to choose the type of birth care she prefers» (WHO 1985a: 1). E ancora: «A woman should give birth in a place she feels is safe, and at the most peripheral level at which appropriate care is feasible and safe. For a low-risk pregnant woman this can be at home, at a small maternity clinic or birth centre in town or perhaps at the maternity unit of a larger hospital. However, it must be a place where all the attention and care are focused on her needs and safety, as close to home and her own culture as possible» (WHO 1996: 16).

Una serie di affermazioni che, almeno in teoria, offrono ampio margine conoscitivo-decisionale alle donne e alle coppie che desiderano intraprendere un percorso differente rispetto a quello più comune, caratterizzato sia in Italia che in Spagna da un controllo costante da parte del ginecologo durante la gravidanza e da un parto ospedaliero. Affermazioni che riguardano però anche le ostetriche che accompagnano le donne in tali «percorsi differenti»; e che diventano parte costitutiva – come vedremo – di un modo di concepire non solo il processo riproduttivo in generale e il parto e la nascita in particolare, ma il mondo che le circonda.

È proprio l'esperienza di questo tipo di ostetrica, che intendo analizzare nel presente lavoro. Si tratta innanzitutto di una libera professionista, che in quanto tale offre il suo servizio in modo privato. Il suo è dunque un lavoro indipendente – pur appartenendo di volta in volta ai Collegi di ostetriche o alle associazioni di categoria nazionali o locali⁽¹²⁾ – che si fonda sulla messa in discussione degli assunti e dei paradigmi biomedici in merito al parto e alla nascita. La sua visione può considerarsi ontologicamente differente: il parto è un evento innanzitutto fisiologico e come tale deve essere vissuto, interpretato e trattato. La critica è volta al riduzionismo insito nello sguardo medico, che non permette di cogliere la normalità - ma al contempo l'unicità e l'eccezionalità – di tale processo, e di comprenderlo nelle sue valenze esistenziali, psicologiche, sociali, culturali e anche spirituali. Tale complessità diviene marginale e a volte addirittura invisibile in una visione e in una pratica che enfatizzano il concetto di “rischio riproduttivo”⁽¹³⁾, abusano della tecnologia,

trattano le donne incinte come ammalate e non come persone sane in stato di gravidanza e catapultano, infine, il neonato dentro meccanismi burocratico-organizzativi che nulla hanno in comune con quella “nascita senza violenza” auspicata da Frederik Leboyer e Lorenzo Braibanti⁽¹⁴⁾.

Una diversità di approccio su cui di fatto si radica il confronto tra l'*establishment* medico-ostetrico ortodosso e le professioniste che operano in qualche modo al di fuori di quel sistema. Si tratta di un elemento importante, che definisce il quadro generale dentro cui tali professioniste operano e che riguarda non solo il dialogo/non dialogo tra concezioni e pratiche diverse, ma anche ruoli, status e poteri che incidono sulla costruzione dell'autorità e dell'autorevolezza dei Saperi che riguardano la nostra salute.

L'ostetrica e il rispetto

In Italia il 10% delle ostetriche opera come libera professionista (EMONS J. - LUITEN M. 2001), mentre in Spagna la percentuale di *comadronas*⁽¹⁵⁾ raggiunge il 15%.⁽¹⁶⁾ In entrambi i paesi negli ultimi anni la tendenza è in crescita, con una nuova generazione di professioniste che si dimostra attente a questa tipologia di lavoro.

Le ostetriche libere professioniste – italiane e spagnole – che mi hanno raccontato la loro esperienza assistono a domicilio e in alcuni casi lavorano anche in una casa maternità. A prescindere dal luogo di lavoro, dal paese e dalle particolarità di ciascuna, è emersa una marcata similitudine nei discorsi e nei percorsi di queste operatrici. Un filo rosso di argomentazioni e di rivendicazioni, che hanno reso immediatamente palese l'emergere di un discorso coerente, originale ed efficace, da opporre in qualche modo al discorso medico. È proprio attraverso l'analisi di questi elementi comuni che intendo comprendere il significato sociale, culturale e politico del loro lavoro, all'interno di un contesto che, seppure con differenze di grado tra Italia e Spagna, assegna ancora al parto ospedaliero il ruolo di modello egemone.

La cornice politica dentro cui tali processi si innestano è di sicuro importante e ne accenno brevemente. In Italia non vi è ancora una legge nazionale che regolamenti il parto in casa o in casa maternità. L'art. 25 della legge 833/78 afferma in generale che «le prestazioni di cura vengono erogate sia in forma ambulatoriale che domiciliare», mentre con l'art. 32 della Costituzione, e in assenza di una norma che preveda l'obbligo di

partorire in ospedale, si deduce che la partoriente ha il diritto di scegliere dove partorire senza che ciò faccia venir meno il dovere di assistenza del SSN. Nello specifico del parto, il D.L. 509/1995 prevede in generale «l'attivazione di strutture che applicano le tecnologie appropriate previste dall'OMS alla preparazione e all'assistenza al parto» senza specificare però quali debbano essere tali strutture. Le competenze regionali in materia di sanità hanno permesso ad alcune regioni di legiferare in materia. Quelle che già godono di una legge al riguardo sono in ordine cronologico: Lombardia (L.R. n. 16 del 1987), Abruzzo (L.R. n. 35 del 1990), Liguria (L.R. n. 24 del 1995), Valle d'Aosta (L.R. n. 44 del 1998), Marche (L.R. n. 22 del 1998), Emilia Romagna (L.R. n. 26 del 1998), le province autonome di Trento e di Bolzano (delibere n° 10565 del 1997 e n. 15077 del 1998), Toscana (L.R. n. 41 del 1999), Piemonte (L.R. n. 20/80 del 2002), Sicilia (decreto del 19/11/2010 relativo alle case maternità) e la regione Lazio (Decreto n. 29 del 2011).

In tutti i documenti appena citati si menziona il parto domiciliare e/o in casa maternità tra le modalità a disposizione della donna, in alcuni casi facendo riferimento esplicito al diritto di scelta. Ciò che differenzia un caso dall'altro sono poi le modalità attuative. Solitamente alla legge regionale segue l'emanazione di un "Profilo assistenziale di assistenza" (una sorta di linee-guida) e, a volte, anche delle indicazioni per la creazione di strutture non ospedaliere (case maternità) e centri nascita intra-ospedalieri⁽¹⁷⁾. In alcune regioni si prevede poi un rimborso totale o parziale dei costi del servizio privato sostenuto dalla donna: la regione Piemonte rimborsa per esempio il 50% del costo dell'assistenza del parto la regione Emilia-Romagna l'80%⁽¹⁸⁾. In altri casi si prevede l'erogazione del servizio in convenzione con l'istituzione pubblica (come a Torino con l'esperienza dell'Ospedale S. Anna) o più raramente l'erogazione diretta da parte dello stesso servizio sanitario nazionale, come a Parma, Reggio-Emilia e Modena, in Emilia-Romagna⁽¹⁹⁾. In altre regioni l'attuazione di fatto non è avvenuta, e la menzione – seppur importante – è rimasta soltanto formale.

In Spagna il parto domiciliare non è stato ancora oggetto di riflessione politica. Non vi è dunque alcun riconoscimento pubblico, né di tipo economico né di tipo legislativo. Non è riconosciuta legalmente neanche la struttura casa maternità. La donna che decide di non partorire in ospedale sceglie semplicemente il domicilio che ritiene consono, che può essere il suo o quello di altri. La casa maternità in Spagna si presenta dal punto di vista legale come una casa privata in cui ha sede

un gruppo di professioniste riunite per perseguire i loro scopi secondo una forma giuridica prevista dalla legge (per esempio, una associazione o una cooperativa).

Il riconoscimento politico-legale non rimanda in maniera diretta al riconoscimento sociale, ma di sicuro contribuisce alla costruzione di una assistenza sanitaria come bene comune (SEPPILLI T. 2010), che nel caso specifico, renderebbe visibili servizi che altrimenti rimarrebbero appannaggio di una minoranza della popolazione. Quando poi al riconoscimento politico si affianca anche un sostegno economico, quale rimborso per donne che comunque, partorendo in ospedale, rappresenterebbero un costo per il servizio sanitario nazionale⁽²⁰⁾, l'accessibilità (anche simbolica) diventa di sicuro più ampia, sebbene alcune ostetriche – in particolare italiane – ritengono che il fattore economico non sia poi così rilevante nella scelta.

Per entrare dunque nello specifico, ciò che intendo dimostrare in questo lavoro è che le ostetriche libere professioniste italiane e spagnole assumono e rivendicano diversi ruoli: da una parte quali custodi della fisiologia, delle conoscenze e delle competenze femminili sul parto e la nascita, sia in quanto donne che come professioniste. Dall'altra quali interpreti dei cambiamenti sociali e culturali che hanno portato nel corso degli ultimi decenni a una sempre maggiore medicalizzazione di tali processi; e al contempo al perpetuarsi ed affermarsi di percorsi differenti che costituiscono oggi delle possibilità concrete per chi opta per una parto non ospedaliero.

Nella loro doppia veste di attrici e di interpreti di tali processi intendo dunque analizzare la loro esperienza. Partirò da un elemento chiave che caratterizza i loro discorsi: il rispetto. Si tratta di un concetto centrale, attorno al quale si elabora non solo una visione della gravidanza e della nascita ma anche l'insieme delle pratiche che vengono messe in campo durante l'intero percorso di accompagnamento e assistenza ostetrica. Il rispetto rimanda a diverse questioni. Ne esaminerò alcune:

«Ho visto che in ospedale non c'era la possibilità...perché una donna non la conosci, devi attuare i protocolli, hai fretta e c'è il medico che ti dice di fare un'altra cosa. Non hai la possibilità di rispettare la donna nel suo momento, nel momento del parto, con quello che in realtà ha bisogno: di non essere disturbata, di essere aiutata, di essere coccolata, di essere incoraggiata» (Elisa)

Per tutte le ostetriche intervistate «rispettare la donna nel suo momento» è fondamentale. Non solo il rispetto in generale, ma il rispetto delle necessità specifiche di quella donna e di quella gravidanza. Un rispetto che non è ricercato, ma è il presupposto per qualsiasi relazione donna-ostetrica; e

che procede di pari passo con la conoscenza reciproca, con l'instaurarsi cioè di una relazione di fiducia che è parte di un percorso che richiede tempo, dialogo, condivisione di assunti e di intenti.

Il percorso può iniziare molto presto (quasi all'inizio della gravidanza) o nei mesi successivi, ma in linea di massima si preferisce un primo contatto almeno due mesi prima della data del parto. Ciò permette all'ostetrica e alla donna di conoscersi e di "scegliersi" reciprocamente, ma permette anche all'ostetrica di comprendere le dinamiche specifiche che riguardano quella gravidanza, quel bambino, quella coppia, quell'ambiente.

«Yo sí necesito conocerlas y que me conozcan. Como mínimo al séptimo mes, tenemos hecho como tres visitas previas, cuatro. También para establecer una relación de confianza, yo necesito conocerla: que es lo que quieren, como quieren vivir su experiencia; porque es una experiencia transformadora, si quieres acompañar, conocer sus miedos, sus esperanzas, sus ilusiones; y poderla respetar en el parto, pariendo. No es el parto así solo, hay un tiempo de reflexión también.» (Teresa)

«Tu le accompagni come se fossi la loro mamma, sei presente, sei lì, segui i suoi percorsi, ti racconta cosa ha sognato, vai nello specifico, entri proprio in tante loro dinamiche, per poter fare così, eh?! Perché, come ti dicevo, è più comodo non conoscere la donna, dare un farmaco! Tamponi e risolvi la situazione così, e fai molto prima. Però invece, per risolverla in un altro modo, se tu la donna non la fai parlare almeno un'ora, non la conosci da almeno un po' di tempo, non hai un'empatia che ti permette di trovare la soluzione, non puoi farlo questo lavoro!» (Elisa)

Questo atteggiamento di condivisione di un percorso, che, come afferma Teresa non riguarda solo il parto, ma l'esperienza di vita della donna, è ben sottolineato dall'ostetrica Cristina, che appartiene al "gruppo storico"⁽²¹⁾ delle ostetriche libere professioniste italiane:

«Stare a fianco di donne che partoriscono a casa è diverso che stare a fianco di donne che partoriscono in ospedale. Semplicemente perché intanto le conosci in gravidanza, hanno un volto, hanno un nome, hanno una storia, entri nella loro casa, conosci i loro famigliari. Entri! È un po' come entrare...anche quando le ritrovo dopo anni mi dicono: 'Ma come fai a ricordarti ancora il giorno?' Perché io ero dentro! Non era "voi" e "io", ero dentro in una bolla, eravamo tutti là per quella cosa! E quindi è sicuramente un modo diverso di viverlo come ostetriche, che però presuppone che tu sia un'ostetrica di un certo tipo.» (Cristina)

Al tempo stesso questo atteggiamento implica una serie di qualità che devono essere proprie di chi assiste parti fuori dalla struttura ospedaliera e che sono riassunte dalla ginecologa coordinatrice della casa maternità Migjorn (S. Vincenç de Castellet, Catalogna) che si definisce *«doctora de formación pero comadrona de experiencia»*:

«Una persona que tenga una capacidad de contacto importante, que pueda asumir un respeto a los ritmos y los tiempos. Que también es capaz de ponerse...capaz de esperar, ¿no? Y respetar el proceso de otra persona, ¿no?. O sea, es una capacidad en el ritmo» (Montserrat)

È un approccio che permette altresì di individuare situazioni di conflitto o problematiche di diverso genere che, con il tempo a disposizione e un percorso specifico sul piano corporeo, emozionale, o relazionale possono essere portate alla luce e risolte durante la gravidanza; e non “emergere” dunque durante il parto. Perché se di fatto *«una pare como es»*, come afferma in maniera efficace Teresa nello stralcio di intervista di seguito riportato, allora tutta l’esperienza di vita della donna, tutta la sua storia entrano in qualche modo in gioco:

«No voy más allá de lo que ellas quieren eh..tampoco. Si no quieren entrar [in cose intime e personalij], no, no entro; no voy más allá. Pero sí que quiero conocer como vive su vida, su sexualidad, porque también eso: una pare como es, una pare como es. La que pare rápido, la que ha vivido experiencia traumática y el parto en aquel momento el parto ya se queda bloqueado...» (Teresa)

Tutte le ostetriche con cui ho parlato ritengono di essere in grado di comprendere – a volte fin dai primi colloqui – se il parto si svolgerà in maniera a-problematica o se vi siano degli elementi che rimandano alla possibilità che si verifichi un “blocco”: un ostacolo sul piano fisico-psichico-emozionale che porterebbe a un processo più lungo e difficile o a un trasferimento in ospedale. L’esperienza, l’osservazione, l’ascolto e l’intuizione⁽²²⁾ permettono alle ostetriche di intercettare tali segnali e di convogliarli – quando possibile – dentro percorsi di consapevolezza, di gestione e anche di risoluzione. Si tratta di elementi che a volte rimandano ad esperienze dolorose vissute dalla donna (abusi, violenze, abbandoni), in cui l’ostetrica *«un po’ psicologa un po’ prete»*, come afferma Marta, assume un ruolo chiave. Altre volte si tratta di sensazioni e supposizioni della sola ostetrica, che possono trovare conferma in un racconto successivo o rimanere tali:

«Anni fa una donna voleva partorire in casa e poi da una mia intuizione... perché lei aveva detto che non voleva fare il bagno, aveva paura dell’acqua. E poi era venuto fuori che lei era stata abusata dal suo patrigno, e da questo segno dell’acqua...e io le ho detto: ‘Ma perché? Cosa ti ricorda?’. E lì, eravamo da sole: ‘Una volta quando ero piccola in bagno è successo una cosa;’ ‘Se vuoi, dimmelo.’ Me l’ha detto. Dopo di che, siam partite col parto in casa, dopo di che arrivata a 5-6 cm: il blocco, cesareo. Però, io sapevo perché. Tra l’altro paradossalmente quando c’è un blocco della dilatazione li si sarebbe davvero risolto con l’acqua. Io glielo avevo detto: ‘Guarda se adesso tu riuscissi...’. C’era dietro tutto, anche il suo dolore. Io glielo detto, senza sapere se il suo compagno lo sapeva o no, le ho detto:

‘Guarda, questa situazione del collo così, con l’acqua calda, se vuoi farlo, pensaci un attimo’. E lei ha detto: ‘No, no’. Lì era proprio non volere andar dentro e affrontar sta roba qua. Però, poi, questo segreto ci ha unito. Il secondo ha fatto un cesareo programmato, non ha più neanche voluto provare» (Marta)

«Questa mamma che abbiamo dovuto trasferire, in realtà aveva delle cose, me l’ha confessato dopo. Aveva delle cose non risolte. Si sono manifestate con una deviazione della fisiologia, che hanno poi dovuto fare un trasferimento. [...] Magari senza aver fatto un percorso in gravidanza, senza aver avuto questo sostegno durante il travaglio e il parto, non avrebbe risolto questo suo problema che ha con sua madre, con la sua femminilità e il parto sarebbe anche andato in un cesareo; e di lì poi vai avanti no?» (Elisa)

Si tratta di aspetti che l’ostetrica riesce a captare attraverso una sensibilità pronunciata («semplicemente hai questa consapevolezza, te lo senti»)⁽²³⁾ e affinata dall’esperienza («*La intuición que te dá la experiencia*»)⁽²⁴⁾ e che sono parte di quel bagaglio di qualità e competenze che questo tipo di professionista rivendica come fondamentali del suo profilo; e che le modalità del suo lavoro *in primis* il tempo a disposizione per conoscere la donna – rendono di fatto possibile.

Questo tipo di relazione personalizzata e continuativa è di sicuro una dei valori aggiunti che le ostetriche libere professioniste rivendicano rispetto alle modalità di parto ospedaliero. Mese dopo mese, visita dopo visita, colloquio dopo colloquio, la donna e l’ostetrica costruiscono un rapporto peculiare, che proprio nel momento del parto troverà la massima espressione, con la donna che si sentirà sicura del sostegno della propria accompagnatrice e l’ostetrica che avrà a disposizione tutti gli strumenti per accompagnarla al meglio.

Una relazione “densa” di cui da tempo si riconosce la positività e gli effetti benefici sull’esito del parto, ma che non è istituzionalizzata negli ospedali italiani e spagnoli, come accade invece in altri paesi, per esempio in Olanda e in Gran Bretagna. Qui l’assistenza *one to one* fa sì che la donna sia seguita prevalentemente o esclusivamente dalla stessa ostetrica anche nelle strutture ospedaliere. In Italia e in Spagna, al contrario, l’ostetrica che visita la donna in ospedale è quella di turno, che varia dunque ogni 6-8 ore. La continuità dell’assistenza è pertanto assente o comunque difficilmente percorribile. Le ostetriche di reparto sono molto spesso delle sconosciute per la donna che arriva in ospedale a travaglio avviato: nella migliore delle ipotesi vi sono stati degli incontri precedenti se, per esempio, la donna ha seguito un corso pre-parto o ha effettuato delle visite di controllo nella struttura; anche in questi casi però il rapporto rimane piuttosto superficiale:

«In ospedale io c'ho lavorato per qualche anno. Chiaro è brutto, quando finisci il turno lasci una donna a 7-8 cm. Non sai come andrà, magari smonti da notte, torni in ospedale non sai neanche se ha attaccato il bambino al seno! Hai capito?! Quindi, questa frammentarietà che io sentivo in ospedale, io dicevo, io non...ho scelto di fare altro.» (Monica)

«Quando ti arriva la donna in ospedale non l'hai mai vista, devi instaurare un rapporto nel giro di pochissimi minuti, e sono i più determinanti quando tu la accogli. Perché se tu la accogli male o se lei ti prende male, è finita! Non c'è più relazione e quindi va male anche il parto, per forza! Non a caso a quella donna con te o con la collega le si è bloccato il travaglio. Cambia il turno, arriva l'altra e due minuti ha partorito, perché si trova con quell'ostetrica.» (Vianella)

La conoscenza reciproca richiede – come detto – del tempo. Si tratta di un tempo dilatato e mai uguale nei singoli percorsi: un'idea flessibile della durata che rappresenta un valore aggiunto anche nel momento del parto, in cui i “tempi” (dei prodromi, del travaglio, delle diverse fasi del parto) non sono quelli rigidamente previsti dai protocolli o dai manuali di ostetricia, ma sono i tempi di quella mamma e di quel bambino, nella loro peculiarità e specificità. L'ostetrica aspetta, osserva e agisce, se necessario. La sua azione però non è mai predefinita: non innesca mai un processo che mostra di avere dentro di sé la capacità di perpetuarsi. È un'azione di accompagnamento di ciò che accade, di facilitatrice di un processo che ha in sé il proprio percorso. Sono illuminanti a questo proposito le parole di Teresa:

«Yo no tengo relación con el tiempo de Cronos, para mí no me importa el tiempo del reloj, es un tiempo de vivencia, es un tiempo de experiencia. Entonces, no es un tiempo de reloj. Pero sí de ir viendo como va evolucionando, como lo va viviendo y que necesita en este momento: estar tranquila, necesita masaje, apoyo a través de la palabra, talves del contacto, y desde allí...» (Teresa)

Oltre a un tempo a disposizione quantitativamente e qualitativamente diverso, le ostetriche libere professioniste possiedono un ulteriore strumento di conoscenza rispetto a quelli di cui dispone un'ostetrica ospedaliera: la casa della donna. La sua abitazione costituisce un referente conoscitivo importante: “Il fatto che ti fanno entrare, che ti aprono la porta del loro mondo” (Elisa) è ciò che permette all'ostetrica di inserire quella donna e quella gravidanza nella sua quotidianità e di contribuire a costruire quella dimensione intima ed emotiva che caratterizza non solo l'esperienza della donna ma anche quello della professionista:

«C'è questa emozione, questo brivido! La casa è uno strumento pazzesco per conoscere la donna, il suo ambiente, che è un terreno di cura della donna, da cui partire, quando non hai altri strumenti per...per correggere magari anche un travaglio.» (Annalisa)

«Fondamentalmente, in casa mi piace di più perché sei più una persona di famiglia, non so come dire. E poi la casa ti dà tanti strumenti per conoscere per capire la donna: come è arredata, i colori, tante cose ti dà la casa.» (Monica)

Il concetto di rispetto è ancora una volta un elemento caratterizzante e permette la costruzione di un *ambiente* che va al di là del luogo fisico in cui ci si trova:

«Tutto sta nel comportamento. Siamo noi che entriamo in casa tua. Siamo noi che dobbiamo chiedere: 'Con permesso?' Non sei tu donna che devi chiedere dove puoi appoggiare la tua borsa, se ti puoi sedere su quella sedia! Cioè, è molto diverso il modo. È questo che crea la donna forte in tutto quello che è poi il discorso del parto. È lei che è lì, è casa sua, il suo mondo la sua camera, ci sono le sue cose. Io chiedo o faccio, ma chiedendo permesso, e la magia, non so come spiegare, è difficile da spiegare, è proprio l'insieme delle cose» (Vianella)

Questo rispetto dell'ambiente diventa anche rispetto dei ruoli di chi questo ambiente lo abita:

«Il fatto che lei sia nel suo letto, o nel suo divano, che sia comunque la sua casa; il fatto che ci sia il compagno che non debba sentirsi un po' m come dire...io gli uomini li ho visti per tanti anni in ospedale: un po' spaesati, incapaci di capire quando, come aiutare la propria compagna, perché si sentono anche dal punto di vista emotivo, osservati, giudicati, per cui non si esprimono come magari realmente vorrebbero, hai capito? Quindi, poveretti! [...] In casa è diverso, anche lui è a casa sua, quindi si svacca sul divano, nessuno gli può dire di no! E poi proprio emotivamente li vedi liberi di esprimere quello che vogliono, di piangere, di ridere, di aiutare la propria compagna, di coccolarla» (Vianella)

Il rispetto si concretizza poi nel poter accogliere non solo i bisogni della mamma e del papà ma anche quelli del bambino. «Quest'ultimo ha veramente ha bisogno di poche cose», afferma un'ostetrica italiana, riassumendo un atteggiamento che è proprio anche delle sue colleghe:

«Noi non facciamo nulla di routine. Raramente facciamo la vitamina k, l'antibiotico, a meno che non ce lo chiedano i genitori [...]. Non facciamo subito il bagnetto dopo la nascita, cerchiamo proprio di stare in punta di piedi, e di lasciare godere...tutto lì. Veramente ha bisogno di poche cose il neonato, tutto il resto sono dei rituali che servono più a chi li fa che al neonato o alla mamma, son di solito rituali in ospedale per dare potere a una certa istituzione, per giustificare a volte la presenza di determinato personale, però c'è veramente bisogno di poco» (Annalisa)

In queste parole emerge un ulteriore differenziale rispetto all'approccio biomedico che – per definizione – tende a separare/dividere/specializzare, per poi poter in qualche modo operare e controllare. Il percorso

standard compiuto da un neonato in un ospedale nelle prime ore di vita è emblematico da questo punto di vista: dalle mani dell'ostetrica e/o del ginecologo-ostetrico presenti in sala parto passa (non sempre purtroppo prima di un periodo di riposo sul ventre della mamma e di attaccamento al suo seno) nelle mani della puericultrice, poi dell'infermiera pediatrica, poi del pediatra: iper-specializzazioni che rimandano a un paradigma riduzionista della biomedicina, che "riduce" appunto la persona-soggetto di assistenza a corpo-oggetto di manipolazione specialistica.

Il concetto di rispetto si estende anche agli strumenti che l'ostetrica ha a disposizione per intervenire. Significa, nei discorsi delle ostetriche intervistate, attribuire a questi ultimi il giusto valore. Le risorse a disposizione di un'ostetrica libera professionista sono di diverso tipo. Agli strumenti e alle tecniche prettamente ostetriche si accompagnano spesso risorse provenienti da altre discipline, come l'omeopatia, lo *schiatzu*, la riflessologia, l'osteopatia, la fitoterapia, il canto carnatico⁽²⁵⁾, solo per citarne alcune. Ovviamente poi, se necessario, ci sono anche le risorse di natura medica. L'elemento chiave nei loro discorsi è però la capacità di non abusarne. È questo un altro valore aggiunto del lavoro dell'ostetrica libera professionista, che valuta caso per caso la necessità di impiego di una risorsa piuttosto che di un'altra. Ciò non significa che le ostetriche lavorino al di fuori di qualsiasi percorso standardizzato. Esistono infatti dei protocolli anche in merito all'assistenza domiciliare e in casa maternità. In Italia vi sono le Linee guida per l'assistenza al parto domiciliare redatte in una prima versione nel 1991 dall'Associazione nazionale ostetriche parto a domicilio e case maternità (CAMPIOTTI M. cur. 1999 [1991]); in Spagna dal 2010 esiste la *Guía de Asistencia del Parto en Casa* (COLLEGI OFICIAL DE ENFERMERÍA DE BARCELONA 2010). In tali documenti vengono fornite indicazioni in merito alle modalità di assistenza (per esempio la presenza di due ostetriche al momento del parto), alla tipologia di donna che può partorire in casa (la "selezione" delle gravidanze fisiologiche), all'ambiente, al rapporto con le strutture sanitarie e altro ancora. In generale, però, ciò che traspare è una visione diversa del processo, che permette una maggiore flessibilità e un più ampio margine di azione per le ostetriche in base anche alle esigenze specifiche del momento.

Il non interventismo o meglio, il rifiuto dell'interventismo innecessario è non solo un aspetto peculiare dell'approccio delle ostetriche libere professioniste, ma anche una *intenzionalità* che va di pari passo con il rispetto dei desideri, dei bisogni e delle aspettative della mamma e del bambino.

«Hanno il loro protocollo [In ospedale] e quello deve essere! Cioè, per me è un po' inconcepibile. Già se una donna gli dice: 'No, non mettermi l'ago

della flebo' dicono: 'Ah questa rompe, qua, là...' Chiederai! Prima c'è il volere e il benessere della mamma, poi il tuo protocollo, casomai!» (Elisa)

Il rispetto si ripercuote ovviamente anche sul neonato:

«Per me il neonato è un'altra cosa fondamentale. Lo devi rispettare. I suoi bisogni sono: 'Sono spaventato, che sono appena nato. Ho bisogno del corpo della mamma, del seno, del calore, dei suoi odori', perché quelli [i neonati] sono programmati in questo modo: sono un animale, un mammifero, han bisogno di quello, sennò io sto male! Perché prenderlo dai piedi, perché spingere, perché stratonarlo, perché fargli queste spinte sulla pancia, perché tagliare subito il cordone ombelicale, portarlo in un'altra stanza, fargli il bagno veloce, prendere e fare la puntura, far sentirlo piangere? Rispettare i loro bisogni. Se riesci a fare questo, metti in moto una ruota, una ruota di positività nel rispetto della vita proprio e dei suoi ritmi e dei suoi schemi. Se vai contro, vengono fuori dei casini.» (Elisa)

I "casini" cui fa riferimento Elisa sono ben noti a tutte le ostetriche che ho intervistato: si tratta innanzitutto di un avvio difficile della relazione mamma-bambino, che si può protrarre nel tempo e incidere non solo sul benessere di entrambi, ma anche sulla relazione di coppia e di famiglia. In particolare sono situazioni che si danno durante il puerperio, quando la donna e il bambino ritornano a casa:

«Quando ci chiamano comunque per i puerperi, che vai da queste donne depresse, che piangono disperate, che si vede proprio che non c'è ancora connessione con il neonato, che sono [i neonati] quasi "un'altra cosa", che quasi non l'hanno ancora accettato, lo rifiutano. Piangono come se fosse successa una cosa, disperate, disperate. E chiedi: 'Cosa c'è? Come è andato il parto? Raccontami'. Allora, un po' con quest'arte della maieutica, che sappiamo di cosa parliamo, sempre al cento per cento, al cento per cento è una donna che non è stata rispettata nei suoi tempi, nella sua storia, e che ha subito qualcosa.» (Elisa)

Il sostegno durante il puerperio è una parte fondamentale del lavoro dell'ostetrica libera professionista, che rimanda a una differenziazione sostanziale rispetto al parto in ospedale. L'assistenza ospedaliera si completa di fatto con la degenza (in media 3 giorni se il parto è stato spontaneo e 4/5 giorni se vi è stato un cesareo) e non prevede un percorso di accompagnamento per la donna che rientra a casa e che ha delle necessità nuove, sia sul piano fisico che emozionale. Le donne che partoriscono in ospedale si ritrovano completamente sole da questo punto di vista: il senso di smarrimento, i timori, i dubbi su come accudire il proprio piccolo e su come rielaborare le nuove dinamiche identitarie e di coppia incidono fortemente sul benessere fisico ed emozionale della nuova famiglia, come è stato abbondantemente dimostrato⁽²⁶⁾. La donna che sceglie un'ostetrica libera professionista gode al contrario di un'assistenza e di un

accompagnamento anche dopo il parto, più assidua nei giorni seguenti e poi a richiesta in quelli successivi. Si tratta di momenti in cui si verifica, si visita ma anche si ascolta, si consiglia e si sostiene. È in sintesi, credo, un'ulteriore forma di rispetto: in questo caso un rispetto che rimanda alla comprensione del processo nella sua totalità esperienziale, che non termina con la fuoriuscita del bambino o con la dimissione ospedaliera.

Come abbiamo visto, saper rispettare, ma anche poterlo fare in quanto si opera fuori dai dettami istituzionali sono al tempo stesso qualità e condizioni essenziali che caratterizzano il lavoro dell'ostetrica che assiste parti a domicilio e/o in casa maternità e che costituiscono gli elementi fondanti nel lavoro di accompagnamento alla nascita, di cui l'assistenza ostetrica vera e propria costituisce solo una parte. Per riassumere, il concetto di rispetto riguarda almeno i seguenti aspetti:

- Il rispetto della donna: del vissuto delle scelte, dei desideri, dei saperi, dei sentimenti, delle emozioni, del corpo;
- Il rispetto dei bisogni della mamma e del bambino;
- Il rispetto dei bisogni della coppia (donna e uomo) e della triade (mamma, papà, bambino);
- Il rispetto del luogo, inteso come ambiente fisico e sociale che contiene l'intero processo;
- Il rispetto delle pratiche e degli strumenti a disposizione, inteso come capacità di non abusarne; il rispetto per la propria professione: la competenza, il ruolo, l'etica;
- il rispetto del processo nel suo complesso, nella sua valenza di evento unico ed eccezionale e di evento universale e collettivo.

Il rispetto come veicolo di critica sociale

La visione basata sul rispetto permette l'elaborazione di un discorso e di una pratica che enfatizzano alcuni elementi piuttosto che altri: l'ascolto e la comprensione, il supporto emotivo, il non interventismo. Tutti aspetti che non si affiancano semplicemente all'assistenza ostetrica di tipo tradizionale per renderla "più umanizzata"⁽²⁷⁾, ma che contribuiscono alla costruzione di un "tipo particolare" di assistenza ostetrica che rimanda a un'idea diversa del parto e della nascita rispetto a quella biomedica. Si tratta di un approccio che secondo le ostetriche dovrebbe essere sempre presente in una gravidanza fisiologica e in un parto normale⁽²⁸⁾, ossia, nelle semplici ma efficaci parole di Teresa, dove vi è una «*mujer sana con*

un niño sano». Dovrebbe altresì riguardare tutte le gravidanze, in modo da porre le donne nella condizione di ricevere un servizio rispettoso delle proprie esigenze e necessità anche in caso di gravidanze a rischio o di parti problematici che richiedono un'assistenza ospedaliera.

Questa estrema attenzione ai bisogni e alle necessità della mamma e del bambino – piuttosto che a quella dell'*establishment* medico-sanitario, del business farmaceutico, del protocollo ecc. – fa sì che alcuni contenuti siano veicolati nei discorsi e nelle pratiche delle libere professioniste in maniera più marcata di altri, e diventino il cardine sul quale si costruisce non solo una professionalità rispettosa, ma anche un dispositivo di riflessione sociale. È questo secondo aspetto che intendo analizzare nelle pagine che seguono.

L'ostetrica libera professionista non solo attua ma anche interpreta una serie di processi individuali e collettivi. Ciò che è interessante, a mio avviso, è proprio il suo angolo di osservazione: la sua prospettiva, che definisco marginale. Per marginalità non intendo affatto l'essere portavoce di un sapere alternativo e per ciò stesso percepito, a prescindere, come minoritario. Mi riferisco invece a un concetto di tipo qualitativo e per quanto possibile a-gerarchico, che trova espressione nel porsi da un altro punto di vista rispetto al sapere e alla pratica ufficiali (nascere negli ospedali secondo un modello di assistenza biomedico), senza doversi necessariamente misurare quantitativamente con questo. Tale condizione – l'"essere" e il "fare" al di fuori della modalità ampiamente diffusa – può costituire a mio avviso una interessante lente critica, attraverso la quale guardare ai paradigmi e agli assunti della medicina scientifica, ma anche ai processi sociali più ampi, di cui le modalità di parto e di nascita sono solo una delle espressioni.

Per analizzare meglio questi aspetti, propongo una riflessione sulla figura dell'ostetrica libera professionista da tre punti di vista, di certo non esclusivi o reciprocamente escludenti: quello sociale, quello culturale e quello politico. I loro discorsi e le loro pratiche permettono infatti di individuare degli elementi specifici che possono essere convogliati dentro queste categorie e che rendono tali professioniste ora delle interpreti, ora delle facilitatrici di processi collettivi che affondano le radici nel parto e nella nascita, ma che riguardano anche aspetti più generali del vivere sociale. In questa riflessione, la nozione di "rispetto" costituisce il collante che permette di transitare da una dimensione all'altra e di cogliere i significati impliciti ed espliciti che una pratica "qualitativamente marginale" è in grado di esprimere.

Innanzitutto identifico nell'ostetrica libera professionista una dimensione sociale, che rimanda al lavoro di accompagnamento della donna e della coppia nel percorso nascita. Si tratta di un accompagnamento fisico e simbolico allo stesso tempo, che – come già detto – non si limita alla mera assistenza al processo fisiologico, ma include un sostegno di tipo più ampio, prima e dopo il parto.

L'esempio del post-parto è emblematico. Il dover sostenere le donne in questa fase tanto delicata significa non soltanto essere dispensatrici di consigli o effettuare controlli fisiologici; significa anche mettere in luce quei processi che hanno portato all'affievolirsi della rete privata di sostegno – tradizionalmente femminile – che fino a qualche decennio fa supportava la donna nel suo nuovo ruolo di madre. Significa, ancora, denunciare la mancanza di supporti istituzionali (per esempio di ostetriche territoriali che seguano le donne anche dopo i parti ospedalieri attraverso visite domiciliari)⁽²⁹⁾, rimandando, dunque, anche alla dimensione politico-economica della questione.

«Qua il problema viene dopo. Anche nei parti che a volte tu dici: 'Il parto veramente splendido! Un parto che si è svolto in maniera...una continuità dalla gravidanza nel parto!' Subito dopo però, poi le vedi che arrivano disperate, in crisi, perché non riescono...perché sono sole, di fatto! Quindi sono fagocitate da un bambino che ha bisogno! Ha i suoi bisogni: di mangiare, di dormire, di essere contenuto! E loro? Hanno...non sono contenute da nessuno!» (Annalisa)

«È malata la società. Perché, se non fosse così, sarebbe tutto molto più facile. Il problema è che devi sostenere una malattia sociale, devi sostenere queste donne deboli; devi sostenere il casino che c'è negli ospedali; famiglie deboli» (Elisa)

Questa malattia sociale che rimanda a «donne e famiglie deboli» è una tematica ricorrente nelle varie interviste. A volte assume i toni di una riflessione generale, di natura anche filosofica, e relativa all'importanza della buona nascita per la costruzione di individui socialmente sani, e di conseguenza di società sane (ILLICH I. 1976)⁽³⁰⁾. Altre volte, assume i connotati di una riflessione di natura storica, in merito ai processi che hanno portato alla condizione attuale della donna e al suo ruolo di attrice (o meno) nelle questioni che riguardano il suo corpo e la sua persona:

«Oggi sono meno capaci di chiedere aiuto, aiuto relazionale, magari sono più capaci di chiedere un aiuto all'epidurale, al computer, non so, un aiuto tecnologico; ma non sono in grado di chiedere: 'Aiutami'. Né alla mamma, né alla zia, né all'ostetrica. Riconoscere che siamo dentro una rete che ha bisogno di aiuto. Poi la difficoltà diventa sul bambino, anche il bambino lo vedono come autonomo; cioè, se non riconosco che ho bisogno di aiuto

non lo riconosco neanche nell'altro; cioè il bambino ha bisogno di te sempre, come tu hai bisogno della mamma, dell'ostetrica, di tuo marito. Cioè, questa finta autonomia, mamma mia...pazzesco!» (Marta)

Nelle parole delle ostetriche, «donne deboli» sono le donne che hanno ereditato quasi passivamente diritti e condizioni dalle generazioni precedenti (in particolare dalla generazione che ha vissuto il femminismo), ma che non hanno poi saputo/voluto/potuto difendere i propri desideri e il proprio ruolo. Sono le donne che oggi delegano agli altri (al medico, al ginecologo, all'istituzione ospedaliera) la gestione del proprio corpo e della propria salute in maniera a-critica, legittimando un'autorevolezza che non viene quasi mai messa in discussione. Queste donne contribuiscono a creare quella cornice medicalizzata che non appartiene solo dalla professione medica ma riguarda l'intera collettività:

«Le porti anche in gravidanza...devi renderle consapevoli di quello che fanno, di come stanno vivendo la gravidanza, del bambino che c'è. Ogni volta io chiedo: 'Ma, il bimbo come sta?' Alcune però, più quelle che non decidono di partorire a casa: 'Mah, mi hanno detto che sta bene.' No! 'Tu come lo senti?!' Devi portarle lì, non è facile» (Caterina)

«Una lotta da dire: 'Le cose devono cambiare, andiamo a protestare negli ospedali!', cioè le donne che vengono trattate male, che poi rielaborano, capiscono, eccetera non scrivono neanche una lettera all'ospedale! Io glielo dico sempre: 'Ma scrivete una lettera!' È quasi come se non volessero andare a mettere il dito nella piaga, rimuovono; però io vedo, ti ripeto, essendo una cosa quotidiana, non succede che le donne scrivano una lettera; è rarissimo. Ben consapevoli del disastro che gli ha fatto un x operatore, per una sua...tipo alle 02.00 di notte il bambino non si attaccava, non sapeva come aiutarla, non aveva voglia di aiutarla, le ha dato il latte artificiale [l'ostetrica]. Questa [la donna] disperata per grandissimi problemi, per poter ritornare a un latte materno. Però non è che scrivi una lettera 'questo qua cretino, per colpa sua io sto malissimo. Sto diventando matta, per farmi tornare il latte, piango tutte le notti...' mica glielo scrivono! Anche se è palese è, palese, un comportamento brutto, errato, da parte della struttura, una mancanza proprio di rispetto!» (Elisa)

Si tratta - nell'analisi delle ostetriche intervistate - di una condizione storica nella quale le donne sono immerse, al tempo stesso come vittime e come legittimatrici di un meccanismo di potere non orizzontale al quale non riescono a sottrarsi. È quella *authoritative knowledge* definite da Jordan come «*the knowledge that participants agree counts in a particular situation, that they see as consequential, on the basis of which they make decisions and provide justifications for courses of action. It is the knowledge that within a community is considered legitimate, consequential, official, worthy of discussion, and appropriate for justifying particular actions by people engaged in accomplishing the tasks at*

hand» (JORDAN B. 1997:58); un insieme di elementi che subiscono un processo di naturalizzazione così profonda da non permettere l'emergere di discorsi differenti, se non appunto nella marginalità.

Nello specifico del parto, l'ospedalizzazione generalizzata ha di sicuro contribuito nel corso del tempo alla perdita o alla devalorizzazione dei saperi femminili, minando alla base la fiducia delle donne nelle proprie capacità e la stessa conoscenza delle proprie potenzialità e abilità. Questo è un tema su cui insistono profondamente le ostetriche che lavorano in libera professione:

«C'è questo rapporto di potere ancora all'interno dell'ospedale che è comunque un'istituzione molto forte [...]. Sembra quasi che tu sei in ospedale come se non avessi più diritti, perché loro ne sanno più di te, senza tenere conto che non sei un malato in quel momento! [...] Però sì, di fatto sei, ci si sente quasi come se dovessi delegare in qualche modo, in cambio di questa sicurezza, questa falsa sicurezza! Di delegare le proprie decisioni! Si ha quasi a volte paura a chiedere: 'Ma posso stare in piedi?' Ormai sei lì, si tende un pochino...anche perché poi la donna in quel momento per potersi aprire non è che possa fare "la lotta dura senza paura" in quel momento, eh!?» (Elisa)

«Le fanno prima mille paranoie, le mettono in testa che è pericoloso: se non fai quello, quello, quello! Poi ti fanno sentire anche in colpa in quanto mamma e dici: 'Però, se...' Perché magari non tutte hanno le basi per andargli a ribadire quello che credono, no? Vanno avanti un po' a istinto. E poi gli mettono i paletti, dicendo: 'Ma è pericoloso così, colì, e poi [le donne] si fanno fare! Perché dopo tutta la ramanzina gli dicono: 'Bon, allora se non vuole questo, mi firmi!'» (Elisa)

Si tratta di donne che hanno perso non solo dei saperi, ma il potere che dà il sapere: potere decisionale, potere di negoziazione in merito ai propri bisogni e ai propri desideri, potere di espressione, potere di rifiuto, potere di denuncia, potere di scegliere in maniera libera. Non mi occupo in questo lavoro del punto di vista delle donne che hanno partorito in casa, che ho affrontato in altre occasioni⁽³¹⁾; ma è emblematico che quelle finora da me intervistate non abbiano voluto raccontare (o abbiano solo accennato) della scelta che intendevano compiere ai loro famigliari, amici e conoscenti. Questo per evitare di «sentirsi giudicata ogni volta» attraverso commenti come 'sei pazza?' o 'e se succede qualcosa?'.

Tali considerazioni, che rimandano a una decisione percepita socialmente come contro-corrente, rappresentano aspetti non secondari per comprendere i processi di incorporazione dei modelli egemonici che hanno portato la maggioranza delle donne a consegnarsi in toto all'istituzione ospedaliera. Il discredito e la delegittimazione di possibilità "altre" di

essere e di fare riaffermano di fatto il “sapere autorevole” di cui parla Jordan, il cui potere *«is not that it is correct but that it counts»* (JORDAN B. 1997: 58). Come afferma Lupo, si tratta di una «questione dagli evidenti risvolti politici, nella misura in cui le scelte di chi detiene tale potere interferiranno con la libertà d'azione di chi non lo detiene, imponendo certe condotte e inibendone altre» (LUPO A. 2012: 143). È in questo contesto che si avviano quei processi di devalorizzazione delle modalità non in linea con il pensiero dominante, che ne provocano in molti casi il disconoscimento. In merito al parto domiciliare è emblematica la scarsa conoscenza che le donne in genere dimostrano non solo in merito alla sua praticabilità (esistenza di ostetriche private che assistono a casa; esistenza di politiche di sostegno in certe regioni, esistenza di donne e coppie che optano per tale scelta, ecc.); ma soprattutto in merito alla sua “sicurezza”, un elemento solitamente associato esclusivamente al parto ospedaliero⁽³²⁾.

Le ostetriche storiche sottolineano la con forza la differenza generazionale in merito a questi aspetti, di cui sono al contempo osservatrici e interpreti:

«Le donne di venti anni fa mi hanno insegnato il mio lavoro. Io ho preso tantissimo da queste donne, mi hanno dato loro il coraggio di fare queste scelte veramente 23 anni fa molto contro corrente, hai capito? Però erano donne sicure! Prima di tutto da me non cercavano la sicurezza o che io le spiegassi per quale motivo era importante partorire in casa. Erano loro che mi dicevano: ‘Io voglio partorire a casa se tu te la senti di accompagnarmi’. [...] Le donne di adesso sono molto più faticose dal punto di vista... diciamo rapporto ostetrica-paziente: sono donne...più paurose, hanno sempre continuamente bisogno di conferme; e dove sento che non hanno le competenze che avevano le donne 23 anni fa. Continuamente hanno bisogno della nostra energia per essere sostenute» (Monica)

«Altra cosa che mi ha aiutato: le donne. Ero dentro in un ruolo in cui mi mettevano loro. Se adesso io mi devo inventare cosa sia il parto a domicilio qua dove vivo, le donne adesso non lo sanno più. Là [dove ho iniziato], il primo giorno che sono arrivata c'era la coda fuori, dopo di che...cavoli, loro sapevano cosa io dovevo fare!» (Marta)

Anche la biografia professionale di Cristina rimanda agli stessi elementi:

«Coincide con un periodo storico. Le cose, credo, non le fai mai singolarmente. La mia storia nasce perché le donne vogliono questa cosa e le donne mi dicono ‘non preoccuparti, fidati. Tu fidati come professionista che noi ci siamo come donne’. Ed erano donne estremamente acculturate, con delle scelte ideologiche e politiche» (Cristina)

La mancanza di fiducia delle donne in sé stesse e dunque la continua ricerca di espedienti esterni che possano in qualche modo offrirle (dal ginecologo alla tecnologia, dal ciuccio al latte artificiale) è uno degli aspet-

ti ridondanti nei discorsi e riguarda, seppure in grado minore, anche le donne che optano per il parto non ospedaliero. Pur essendo queste ultime spesso dotate di maggiore consapevolezza delle proprie risorse e di maggiore informazione in merito ai propri diritti e alle opzioni a disposizione, le ostetriche rilevano comunque anche in queste uno smantellamento della memoria storica in merito ai saperi e ai poteri femminili sul parto, che certamente affonda le sue radici molto lontano:

«Pensa che tutti i saperi femminili sono stati fondamentalmente rasi al suolo, visti demonizzati: le streghe, il male. E invece quello che arrivava, quando è arrivato il medico, tutto il sapere femminile è stato raso al suolo. Poi arrivato il maschio, che è il medico, che ha detto: 'si partorisce così, supina e in questo modo'. Quindi, dopo, anche tutte le competenze femminili, sai, se non si passano da madre in figlia, son tutti saperi e competenze che vengono a meno» (Elisa)

«*Yo creo que el embarazo tambien es la clave. Todo el embarazo es: 'Vamos a hacer una ecografia para ver si está bien, vamos a ver el monitor para ver si está bien, vamos a ver una analítica. Hay una desconexión total con el cuerpo, entonces: 'No confío en mi cuerpo; no confío en que yo pueda alimentar'. Y cuando me dicen: 'Yo no tengo leche' no lo puedo entender! Has parido como una diosa, has hecho las orejas, los riñones el jigado, has hecho lo más difícil. ¿Cómo le vas a dejarle morir de hambre? ¿Cómo es posible que le dejes morir si no hubiera una farmacia...? ¡No tiene ningún sentido! Me sale la rabia, el dolor de ver la desconfinacia de la mujeres! Coje a ese bebe y dale la teta, no?» (Cristina)*

Molte delle questioni emerse in questi brevi passaggi di intervista sono state chiaramente messi in luce dagli studi antropologici, alcuni dei quali di matrice femminista e marxista: per esempio, la visione patriarcale insita nello sguardo biomedico, la concezione del corpo della donna come macchina (spesso peraltro imperfetta) e del processo riproduttivo come produzione (RICH A. 1973; ENREINREICH B. - ENGLISH D. 1973, MARTIN E. 1987, ROTHMAN B. K. 1989, DAVID-FLOYD R. 1992, FRENKLING S. - RAGONE H. *curr.* 1997). Si tratta di un corpus di riflessioni che contribuiscono a delineare un quadro interpretativo ampio e complesso nelle sue diramazioni, e di cui sono portatrici anche le ostetriche libere professioniste che ho intervistato.

L'ostetrica libera professionista è infatti anche un'interprete di tali processi: li vive, li osserva, cerca di comprenderli, se ne appropria per poi poterli in qualche modo fronteggiare e gestire nel suo lavoro quotidiano. Può esserne inoltre facilitatrice, in grado di innescare quelle dinamiche di riappropriazione dei saperi femminili sulla nascita che rappresenta il nodo centrale di una visione diversa del parto anche nelle strutture ospedaliere. L'ostetrica libera professionista, proprio grazie al suo approccio, è

in grado di innestare dei meccanismi di conoscenza, autostima, consapevolezza, che possono contribuire a ridare fiducia alle donne, in modo che queste possano riappropriarsi della gestione del processo riproduttivo. Questo essere facilitatrice di processi culturali emerge in modo chiaro, a mio avviso, non tanto da un'intenzionalità del fare, ma dell'ideologia del non fare, partendo dalla constatazione che "le donne sanno partorire e i bambini sanno nascere", come diceva Lorenza Braibanti (BRAIBANTI L. 2009 [1994]).

Accompagnare la donna durante questo processo con un'ottica di non intervento e di rispetto nei confronti di ciò che la madre "sa" assume dunque un valore aggiunto all'ostetrica che opera in libera professione. Si tratta di contribuire all'emersione di quei saperi e di quelle conoscenze insite nella donna come persona che dà la vita, ma delle quali si è persa in parte cognizione. Accompagnare il parto, come fanno queste ostetriche – e non semplicemente assisterlo come spesso avviene nella struttura ospedaliera – è "il modo" per ridare fiducia alle donne e permettere loro di riappropriarsi della nascita nel suo complesso, come evento esistenziale nella vita della donna e della collettività. Attraverso un accompagnamento "denso" che porta le donne a scelte consapevoli e a percorsi di crescita anche personale in occasione della gravidanza, le ostetriche libere professioniste assumono dunque un ruolo fondamentale: quello di traghettare le donne dentro un'esperienza fondante, offrendo loro gli strumenti non solo per viverla pienamente ma per comprenderla fino in fondo nella sua essenza:

«Se tutte le donne partorissero come ha partorito la Chiara, tu la devi andare a vedere! Sembra di entrare in un'estasi, la vedi che è... Tutto il travaglio lei ha detto: 'Io non ce la faccio, non ce la farò mai. Lo volete capire che io non ce la faccio!' Proprio svalutazione di sé, che poi, ti ripeto, ognuno arriva dalla sua storia. È stato un continuo dire: 'Ce la fai, non ti preoccupare. Sei bravissima. Tu non ci credi, tu ce la fai, tu ce la fai'. Poi, è stato anche un momento in cui è stato...anche più del normale, per cui questa donna era proprio andata: 'Io non ce la farò mai!'. Ok, ce l'ha fatta. È successo un atto magico. Lei adesso me l'ha anche detto: 'Guarda, non lo dirò mai più! Dopo che ho fatto questa cosa, che ho visto che ce la faccio...' Vale mille punti capito? Perché è molto di più di una prova della vita, che devi trovare lavoro, passare un esame. È una cosa talmente grossa, che provi in maniera così viscerale, che non ce la fai, che poi ce la fai, che vedi 'sta bambina bellissima, che sta bene, che ce la fai, che l'hai fatta tu, che si attacca al seno, che l'alimenti tu! Questa donna è rinata. Ha avuto una possibilità per aumentare le sue ...da oggi in poi lei sa che ce la fa. Non è poco. Capito?» (Elisa)

Questo tipo di processo è dunque al tempo stesso individuale e sociale. Riguarda quella donna e quel bambino, ma riguarda anche dinamiche

collettive che rimandano a dimensioni più ampie. In questo senso mi sembra che le ostetriche libere professioniste siano oggi, nei contesti in cui la medicalizzazione del parto è preponderante, delle custodi dei saperi femminili legati al parto, intesi come una serie di pratiche e di conoscenze che provengono dal porre al centro del processo la donna, i suoi desideri, le sue sensazioni ed emozioni, i suoi bisogni, le sue necessità e quelle del suo bambino. Questa dimensione culturale che individuo in questo tipo di ostetrica non significa ovviamente una difesa e trasmissione a-critica di non ben definiti saperi ancestrali, ma una rielaborazione continua di un insieme di conoscenze intellettuali e corporee che appartengono al genere femminile e di cui la professionista stessa è al tempo stesso veicolo e agente.

Essere custodi dei saperi femminili in quanto donne e libere professioniste non significa di certo relegare le conoscenze tecnico-ostetriche ad un ruolo marginale. Significa, come ho già avuto modo di accennare, costruire un modo differente di essere e fare l'ostetrica, che recupera dimensioni (fisiologiche, ma anche sociali e culturali) disattese da un approccio strettamente biomedico ed eccessivamente tecnologico. Questo è un punto importante. Le ostetriche libere professioniste di certo non si formano al di fuori dei paradigmi che legittimano tale approccio. Sia in Italia che in Spagna si accede alla professione dopo un percorso accademico di orientamento fortemente biomedico, che porta sempre le allieve ostetriche a confrontarsi con la struttura ospedaliera, anche solo durante il tirocinio. ⁽³³⁾ Tale formazione però non risponde alle aspettative di nessuna delle ostetriche da me intervistate. Pur negli specifici percorsi di vita, ognuna di loro sente immediatamente che quel tipo di ostetrica non corrisponde al proprio modo di intendere la professione e di concepire il parto e la nascita, e fin dal percorso accademico (per alcune ancor prima) indirizza la sua attenzione verso modalità altre di assistenza. Si tratta di percorsi non facili, di scelte *borderline* – come affermano alcune delle mie interlocutrici – che rendono a volte tali ostetriche delle professioniste guardate con sospetto da chi persegue cammini più ortodossi. La relazione tra ostetrica libera professionista e ostetrica ospedaliera e/o tra la prima e l'*establishment* medico non è sempre facile.

È proprio il suo essere marginale (nel suo “fare” al di fuori del sistema) a costituire un elemento di crisi del sistema stesso, se nella marginalità includiamo anche la possibilità di esprimere una critica culturale che affondi le sue radici in una concezione diversa della donna e della società. I saperi e le pratiche di cui sono portatrici le ostetriche che assistono parti

a domicilio esprimono infatti una forma di resistenza esplicita ai modelli egemonici di interpretazione e azione nei confronti della salute, della malattia, del corpo, della vita e della morte.

Nello specifico del parto, il modello di assistenza tecnocratico o tecno-medico (DAVIS FLOYD R. 1992), dove la tecnologia non è al servizio della donna, ma diventa una forma di controllo individuale e sociale, trova un interlocutore inedito. L'ostetrica di cui parlo, invece, può per certi aspetti considerarsi una professionista libera (e non solo di una libera professionista) in grado di far emerge la sua agency in modo autonomo e consapevole, dentro un contesto biopolitico che spesso definisce in maniera univoca i rapporti tra persone-stato-istituzioni (FOUCAULT M. 1976, MARTIN E. 1987, LINDENBAUM S. - LOCK M. *curr.* 1993, GINSBURG R. - RAPP R. *curr.* 1995, LOCK M. - KAUFERT P. *curr.* 1998, FRANKLING S. - RAGONÉ H. *curr.* 1998, LOCK M. - FARQUAHAR J. *curr.* 2007, BROWNER C.H. - SARGENT C. *curr.* 2011).

Per concludere, quali attrici-interpreti dei cambiamenti sociali, custodi dei saperi femminili sulla nascita e facilitatrici di processi di ri-emersione e riappropriazione del ruolo della donna nei processi decisionali che la riguardano, ritengo che le ostetriche libere professioniste siano veicolo di una riflessione importante anche dal punto di vista politico.

Se la riappropriazione di cui ho detto significa, tra le altre cose, donne che si mobilitano per esercitare i propri diritti – per esempio chiedendo un sostegno economico in merito al luogo dove partorire – ciò si deve anche alla presenza di professioniste libere che rivendicano una modalità differente di essere e di esercitare una professione, a volte in contrapposizione con il sistema ufficiale. Si tratta in questo senso di ostetriche post-moderne (DAVID-FLOYD R. 1997)⁽³⁴⁾, che attraverso il loro lavoro legittimano e permettono l'espressione di modalità differenti di pensare e di essere in quanto donne e in quanto madri. La natura politica del loro ruolo si ritrova dunque nella capacità di difendere e negoziare spazi di potere, al contempo privati e professionali, individuali e collettivi. Nell'ottica di un dialogo costruttivo tra approcci differenti, tali elementi potrebbero costituire un interessante serbatoio (di conoscenza e di esperienza) dal quale attingere per fomentare la fisiologia anche nelle strutture ospedaliere.

Note

⁽¹⁾ La ricerca (agosto 2010-settembre 2015) è finanziata dal Settimo Programma Quadro dell'Unione Europea (FP7/2007-2013, contratto n. 256422) attraverso il programma Marie Curie Fellowship. Tale programma ha permesso il mio reinserimento accademico in Italia, dopo quattro anni di lavoro presso l'Università autonoma dello Yucatan, in Messico. Il progetto, che si intitola "Un Codice interculturale ed etico sul parto. Dialogo tra direttive istituzionali ed esigenze delle donne", intende analizzare le politiche e le pratiche che riguardano il parto non ospedaliero in Italia, Spagna e Olanda. Mi interessa, da una parte, l'esperienza delle ostetriche che lo assistono e delle donne che lo sperimentano; dall'altra, il "discorso ufficiale" (medico e politico) su questo tema. L'obiettivo è di giungere alla costruzione di una griglia orientativa – ciò che ho definito "codice" – prodotta dalla negoziazione tra differenti approcci al corpo, alla salute e alla riproduzione espressi dai diversi attori coinvolti (ostetriche, donne, medici, istituzioni nazionali e sovranazionali). Tale strumento ambisce a costituire un punto di riferimento per l'implementazione di politiche innovative sulla nascita, così come a delineare percorsi innovativi nella formazione del personale sanitario e ostetrico.

⁽²⁾ In Italia, il Servizio sanitario nazionale (SSN) nasce con la legge parlamentare n. 833 del 1978 ed è basato sull'universalità dell'assistenza sanitaria, sulla solidarietà del finanziamento attraverso la fiscalità generale e sull'equità di accesso delle prestazioni. Con il decreto legislativo n. 502/1992 si introduce l'aziendalizzazione e nel 1999 con il Decreto Legislativo n. 229/1999 si prevedono i LEA-Livelli essenziali di assistenza, per garantire l'uniformità delle prestazioni su tutto il territorio nazionale. La Legge 23 ottobre 1992, n. 421 completa il riordinamento del SSN, attribuendo alle regioni e alle province autonome la competenza in materia di programmazione e organizzazione dell'assistenza sanitaria e riservando allo Stato la programmazione sanitaria nazionale. In Spagna il *Sistema nacional de salud* (SNS) nasce con la *Ley general de sanidad* n. 14 del 1986. Anche in questo caso si tratta di un sistema di tipo universalista, che garantisce assistenza e prevenzione sanitaria a tutti i cittadini. Opera attraverso competenze regionali (gestite dalle singole Comunità Autonome) e competenze nazionali (gestite dall'*Instituto nacional de gestión sanitaria*, dipendente dal *Ministerio de salud*). A garanzia dell'omogeneità del servizio del coordinamento inter-territoriale si occupa il *Consejo interterritorial del sistema nacional de salud de España*.

⁽³⁾ Tra il 2010 e il 2013 mi sono recata in Spagna diverse volte. Ho intervistato ostetriche libere professioniste (alcune delle quali appartenenti a gruppi/enti storici in merito al parto domiciliare, come la cooperativa *Titania Tasco* di Barcellona o il gruppo *Génesis* di Madrid) e ospedaliere, donne che hanno partorito in casa, medici ed esperti; a San Vicenç de Castellet, in Catalogna, ho visitato la casa maternità *casa de naixements "Migjorn"*; a Madrid ho assistito all'evento organizzato per festeggiare i 25 anni dell'*Asociación nacional nacer en casa*, in cui si sono riuniti professionisti ed esperti nazionali e internazionali. Ho inoltre raccolto l'esperienza di ostetriche attive in altre regioni, come in Andalusia e nelle isole Baleari. In Italia ho intervistato ostetriche libere professioniste (in particolare in Lombardia, in Emilia-Romagna e in Friuli Venezia Giulia); così come ho raccolto le esperienze di donne che hanno scelto di far nascere i loro figli in casa, e di ginecologi ed esperti. Ho visitato la casa maternità "Montallegro" (situata a Induna Olona, in provincia di Varese) e la casa maternità "Il Nido" di Bologna. In Emilia Romagna ho soggiornato a Parma e a Reggio Emilia per conoscere l'esperienza di assistenza domiciliare al parto offerta del servizio sanitario nazionale; ne ho discusso con i dirigenti sanitari responsabili del progetto, con alcune ostetriche che vi partecipano e con donne che hanno usufruito del servizio. Il campione definitivo è stato di 82 persone intervistate nei tre paesi in cui si è svolto lo studio. Quali strumenti e tecniche di indagine ho utilizzato interviste aperte e in profondità, gruppi focali (in particolare con donne e ostetriche) e l'osservazione personale, anche partecipante: durante la mia ricerca sono nati, infatti, i miei due bambini: il primo nel 2011 in ospedale e il secondo nel 2015, in casa). In alcuni casi ho utilizzato questionari tematici (a risposta aperta) e questionari strutturati (per la raccolta di dati socio-demografici). Le interviste aperte e in profondità, della durata media di un'ora e mezza e le discussioni emerse nei gruppi focali (della durata media di 2 ore) sono state registrate su supporto digitale e trascritte letteralmente. La codificazione è avvenuta attraverso il *software* per la ricerca qualitativa Atlas Ti, mentre l'analisi e l'interpretazione è avvenuta in

maniera artigianale, individuando unità di analisi, categorie, tematiche e macro-tematiche, in un continuo dialogo tra l'esperienza di campo, la letteratura consultata e la teoria antropologica.

(4) Il tasso di nati-mortalità si riferisce ai nati morti ogni mille nati; il tasso di mortalità perinatale si riferisce a nati morti in meno di una settimana per mille nati vivi; il tasso di mortalità infantile si riferisce ai morti nel primo anno di vita per mille nati vivi.

(5) L'elevato tasso di taglio cesareo in Italia è un tema complesso, che necessita di una discussione a parte. Ritengo comunque interessante rilevare in questa sede le notevoli differenze regionali, che non possono rimandare in maniera esclusiva a fattori clinici: in Campania e in Sicilia si registrano i tassi più elevati (rispettivamente del 59,6% e del 52,6) mentre quelli più bassi si registrano in Provincia autonoma di Bolzano con il 23,8%, in Toscana il 23,6 %. (BOLDRINI R. - DI CESARE M. - TAMBURINI C. 2010). Ricordo che secondo l'OMS un tasso superiore al 10%-15% non è da considerarsi giustificato (OMS 1985) e che la media europea si aggira intorno al 23%.

(6) Le recenti linee guida sulla gravidanza fisiologica ne raccomandano due, da effettuarsi nei primi due trimestri (MINISTERO DELLA SALUTE - ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ - CENTRO PER LA VALUTAZIONE DELL'EFFICACIA DELL'ASSISTENZA SANITARIA 2010).

(7) Il tasso di episiotomia varia nei paesi europei da un 9,7% in Danimarca a un 16,2% in Inghilterra fino al 63% in Belgio (EUROPERISTAT 2010).

(8) Mortalità entro un mese di vita per mille nati vivi.

(9) Piza sottolinea l'esistenza di un pluralismo biomedico, inteso come «pluralità di diverse forme di vita sociale e culturale della biomedicina stessa» (PIZZA G. 2005: 134).

(10) «Si intende per casa maternità una struttura extra-ospedaliera, non medicalizzata, con le caratteristiche abitative di una casa, che offre un ambiente accogliente e familiare per l'assistenza alla gravidanza, al parto e al puerperio fisiologici, la cui conduzione è in generale affidata ad ostetriche, figure professionali deputate per definizione all'assistenza della gravidanza, parto e puerperio fisiologici.» (SCHMIDT V. 2010: 1). Le case maternità sono piuttosto diffuse in Germania, Svizzera, Paesi Bassi, Gran Bretagna e nei paesi scandinavi. In Italia ve ne sono cinque, tre in Lombardia, una in Emilia-Romagna e una in Friuli Venezia Giulia, aperta appena nel dicembre del 2016.

(11) Mi trovavo in Messico come *Visiting Professor*, per condurre un seminario sulla salute interculturale. Durante la permanenza sono stata invitata a partecipare alla proiezione del documentario.

(12) In Italia i Collegi di Ostetriche sono provinciali e fanno parte della Federazione Nazionale dei Collegi Ostetriche. In Spagna vi sono dei collegi provinciali e delle Associazioni locali che rimandano alle comunità autonome, come per esempio la *Asociación de comadronas de Cataluña o la asociación de comadronas de Andalucía*. Vi sono anche Associazioni nazionali, come *La Federación de matronas de España*, costituitasi nel 2003 o la *Asociación de matronas españolas*, nata nel 1978. In entrambi i paesi sono poi attive associazioni di ostetriche libere professioniste: in Italia l'Associazione nazionale culturale ostetriche parto a domicilio e casa maternità, nata nel 1981 e la OLPI-Ostetriche libere professioniste italiane, nata nel 2012. In Spagna la *Asociación nacer en casa*, che proprio nel 2013 ha festeggiato 25 anni dalla fondazione.

(13) Già nel 1996 l'OMS sottolinea la necessità di rivedere il concetto di "rischio" durante la gravidanza e il parto (OMS 1996).

(14) Leboyer è riconosciuto come il maestro per eccellenza dalla maggioranza delle ostetriche che ho intervistato. Diverse di queste, sia in Spagna che in Italia, mi hanno raccontato di aver deciso di intraprendere la professione proprio a seguito della lettura del libro "Per una nascita senza violenza" (LEBOYER F. 2000 [1975]), in cui si raccontano – attraverso gli occhi, la pelle, la vista, il gusto e l'olfatto di un neonato – i primi momenti di vita in ospedale. Braibanti (1921-1989), medico ginecologo piacentino e primario presso l'Ospedale di Monticelli d'Angine tra gli anni Settanta e Ottanta, è riconosciuto come maestro da parte di alcune ostetriche italiane per la sua capacità di comprendere la normalità del parto e della nascita e il suo instancabile lavoro di ginecologo al servizio delle donne.

(15) *Comadrona* è il termine maggiormente utilizzato dalle ostetriche che ho intervistato per indicare se stesse. Le Associazioni di categoria utilizzano invece il termine *matrona*, che rimanda al

titolo universitario; in Catalogna è poi diffuso anche il termine più colloquiale *llevdora*, mentre *partera* è poco utilizzato e a volte indica colei non ha una formazione accademica.

⁽¹⁶⁾ *Asociación española de matronas* www.aesmatronas.com.

⁽¹⁷⁾ I centri nascita intra-ospedalieri sono strutture volte all'assistenza del parto fisiologico situate nello stesso edificio o area in cui si trova l'ospedale. In Italia sono in numero crescente e a volte vengono confuse terminologicamente con le case maternità, che sono strutture non sanitarie del tutto indipendenti da quelle ospedaliere.

⁽¹⁸⁾ Il rimborso avviene sulla base delle spese documentate e non può superare la tariffa DRG (*Diagnosis Related Group* o Raggruppamenti omogenei di diagnosi) regionale prevista per un parto fisiologico senza complicanze. Il Ministero della Sanità determina le tariffe massime mentre le tariffe effettive sono di competenza regionale. La tariffa massima per un parto vaginale senza complicazioni è, per esempio, in Piemonte di 1518 euro, mentre un cesareo senza complicazioni costa 2374 euro; in Friuli il costo è di 2002 euro per il parto vaginale e 3172 per il parto cesareo. In Emilia Romagna 982 per il parto vaginale e 1806 per il cesareo; in Lazio 1638 per il parto e 2596 per il cesareo. In Lombardia 1972 per il parto e lo stesso importo per il cesareo (MORANDI I. 2009). Non è questa la sede per discutere dell'equiparazione delle tariffe tra parto vaginale e parto cesareo come elemento che potrebbe contribuire alla riduzione del taglio cesareo nel nostro paese; ciò nonostante colgo l'occasione per sottolineare l'importanza di una riflessione politica in tal senso.

⁽¹⁹⁾ Sull'esperienza di Parma e Reggio Emilia, si veda QUATTROCCHI P. 2014b.

⁽²⁰⁾ Un parto vaginale senza complicazioni costa in un ospedale statunitense in media tre volte di più che lo stesso parto assistito in casa da un'ostetrica. (ANDERSON R.E. - ANDERSON D.A. 1999).

⁽²¹⁾ Sia in Italia che in Spagna possiamo delineare un "gruppo storico" di ostetriche libere professioniste, la cui età media si aggira intorno ai 55 anni, che comprende le fondatrici dei vari movimenti di rivendicazione del parto – alcuni di matrice femminista – nati soprattutto negli anni Settanta; e un gruppo di ostetriche di "nuova generazione", che ha in media 30 anni.

⁽²²⁾ Per un interessante riflessione sul ruolo dell'intuizione nel lavoro dell'ostetrica si veda DAVIS E. FLOYD-DAVIS R. 1997.

⁽²³⁾ Elisa.

⁽²⁴⁾ Teresa.

⁽²⁵⁾ Il canto carnatico è un canto tradizionale del sud dell'India, basato su respirazione e vocalizzazione. Il suo utilizzo durante il travaglio e il parto è stato diffuso da Leboyer.

⁽²⁶⁾ Anche gli studi di natura antropologica dimostrano come la sofferenza di natura psico-emozionale della donna, che a volte sfocia nella cosiddetta "sindrome post-parto", sia dovuta alla mancanza di un sostegno sociale in questo periodo (STERN G. - KRUCKMAN L. 1983, HAGEN H.E. 2001).

⁽²⁷⁾ Sicuramente anche nell'ostetricia ospedaliera sono presenti in parte queste componenti. Qui però sostengo la tesi che nell'assistenza in libera professione – dove non sono presenti i protocolli istituzionali e dove la logica di intervento non è quella biomedica – tali aspetti possano essere maggiormente espressi e praticati, tanto da diventare preponderanti e connotativi della professionista stessa.

⁽²⁸⁾ «*We define normal birth as spontaneous in onset, low-risk at the start of labour and remaining so throughout labour and delivery. The infant is born spontaneously in the vertex position between 37 and 42 completed weeks of pregnancy. After birth mother and infant are in good condition.*» (WHO, 1996: 4).

⁽²⁹⁾ Si tratta di esperienze presenti in alcune aziende sanitarie o ospedaliere, ma di certo non generalizzate.

⁽³⁰⁾ Diverse ostetriche, sia spagnole che italiane, citano a questo proposito la frase dell'ostetrica e poetessa Ibu Robin Lim «il mondo cambia una nascita alla volta.»

⁽³¹⁾ Si veda QUATTROCCHI P. 2014a.

⁽³²⁾ L'ultima revisione della *Cochrane Library* (OLSEN O. - CLAUSEN J.A. 2012) indica come, nelle gravidanze normali, non ci sia differenza nella mortalità materna e neonatale indipendente-

mente dal luogo del parto (casa vs. ospedale), con alcuni vantaggi per il parto a casa. Il tasso di complicazioni materne, infatti, è più basso tra le donne che scelgono il parto a casa (dal 10 al 30% in meno) e il tasso di interventi, come i tagli cesarei, è dal 20 al 60 % inferiore. Tra gli studi osservazionali, Janssen dimostra come lesioni e traumi al bambino (emorragia cerebrale, frattura della clavicola, lesioni al plesso brachiale) siano tre volte più frequenti nei parti in ospedale (JANSSEN P.A. - SAXELL L. - PAGE A.L. *et al.* 2009).

⁽³³⁾ In Italia, dal 2002 il titolo accademico di Dottore in Ostetricia prevede la frequenza a un corso di Laurea in Ostetricia della durata di tre anni. In seguito l'ostetrica/o può conseguire la Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche e Ostetriche con un ulteriore biennio di studio. Fino al 2001 si accedeva invece attraverso un Diploma Universitario e/o con un biennio di specializzazione dopo aver svolto un corso di Infermieristica. In Spagna secondo il *Real Decreto* 992/1987 l'ostetricia è una specializzazione infermieristica, ossia il titolo di matrona corrisponde a quello di *Enfermero especialista en Enfermería obstétrico-ginecológica*.

⁽³⁴⁾ «Postmodern midwifery are midwives who are educated, articulate, organized, political and highly conscious of both their cultural uniqueness and their global importance.» (DAVIS-FLOYD R. 1997: 330).

Riferimenti bibliografici

ANDERSON RONDY E. - ANDERSON DAVID. A. (1999), *The cost effectiveness of home birth*, "Journal of Nurse-Midwifery", vol. 44, fasc. 1 1999, pp. 30-35.

ARTSCHWAGER KAY M. (1982), *Anthropology of human birth*, F.A. Davis Company, Philadelphia.

BLÁSQUEZ RODRÍGUEZ MARIBEL (2010), *Nosotras parimos. ¿Nosotras decidimos en la atención sanitaria al embarazo, parto y puerperio?*, Atenea - Universidad de Malaga, Malaga.

BOLDRINI ROSARIA - DI CESARE MIRIAM - TAMBURINI CRISTINA (2010), *Ottavo rapporto sull'evento nascita in Italia basato sulla raccolta e analisi dei dati Cedap 2009*, Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche sociali, Roma.

BRAIBANTI LORENZO (2009 [1994]), *Parto e nascita senza violenza. Dalla gravidanza al parto, ai primi mesi di vita*, Red Edizioni, Milano.

BROWNER CAROL H. - SARGENT CAROLYN F. (curatrici) (2011), *Reproduction, globalization and the State. The theoretical and Ethnographic Perspectives*, Duke University Press, Durham and London.

CAMPIOTTI MARTA (curatrice) (1999 [1991]), *Linee guida di assistenza al travaglio e parto fisiologico a domicilio*, Associazione Nazionale Culturale Ostetriche Parto a Domicilio e casa Maternità, Varese.

CHALMERS IAIN (1989), *Evaluating the effects of care during pregnancy and childbirth*, pp. 3-38, in *Effective Care in Pregnancy and Childbirth*, CHALMERS I. - ENKIN M. - KEIRSE MARK J.N.C. (curatori), vol. 1-2, Oxford University Press, Oxford.

CHENEY MELISSA (2010), *Born at Home: Cultural and Political Dimensions of Maternity Care in the United States*, Wadsworth Publishing Company, Belmont California.

COLLEGI OFICIAL DE ENFERMERÍA DE BARCELONA (2010), *Guías de asistencia al parto en casa* Collegi Oficial de Enfermería, Barcelona.

COLOMBO GRAZIA - PIZZINI FRANCA - REGALIA ANITA (1987), *Mettere al mondo. La produzione sociale del parto*, Angeli, Milano

DAVIS FLOYD ROBBIE (1992), *Birth as an American Rite of Passage*, University of California Press, Barkley.

DAVIS FLOYD ROBBIE - SARGENT CAROLYN (curatrici) (1997), *Childbirth and Authoritative Knowledge. Cross-Cultural Perspectives*, University of California Press, Barkley.

DAVIS FLOYD ROBBIE - DAVIS ELISABETH (1997), *Intuition as Authoritative Knowledge in Midwifery and Home Birth*, pp. 315-349, in DAVIS FLOYD ROBBIE - SARGENT CAROLYN (curatrici) *Childbirth and Authoritative Knowledge. Cross-Cultural Perspectives* (eds.), University of California Press, Berkley.

- DAVIS FLOYD Robbie - BARCLAY Lesley - DAVISS Betty-Anne - TRIETTEN Ian (curatori) (2010), *Birth models that work*, University of California Press, Berkeley.
- DE VRIES Raymond (2004), *A pleasing Birth. Midwives and Maternity Care in Netherlands*, Temple University Press, Philadelphia.
- ENREINREICH Barbara - ENGLISH Deirdre (1973), *Witches, Midwives and Nurses. A History of Women Healers*, Feminist Press, New York.
- EMONS Josine K. - LUITEN Mandy I.J. (2001), *Midwifery in Europe. An inventory in fifteen EU member states*, Deloitte & Touche, The Netherlands.
- ESTEBAN Mari Luz - COMELLES Josep M. - DIEZ MINTEGUI Carmen (eds.) (2010), *Antropologia, Género y Salud*, Barcelona, Ediciones Bellaterra.
- EUROPERISTAT (2010), *Europeristat Project. European Perinatal Health Report*, URL: <http://www.europeristat.com>.
- FARMER Paul (2003), *Pathologies of Power. Health, Human Rights, and the New War on the Poor*, University of California Press, Barkley-Los Angeles-Oxford.
- FASSIN Didier (1996), *L'éespace politique de la santé*, Presses Universitaires de France, Paris.
- FERNÁNDEZ DEL CASTILLO Isabel (1994), *La revolución del nacimiento: partos respetados, nacimientos más seguros*, Ediciones Verticales, Madrid.
- FOUCAULT Michel (1969), *Nascita della clinica. Il ruolo della medicina nella costituzione delle scienze umane* [ediz. orig.: *Naissance de la clinique: une archéologie du regard médical*, Presses Universit. de France, Paris 1963].
- FRANKLING Sarah - RAGONÉ Helena (curatrici) (1998), *Reproducing Reproduction: kinship, power and technological innovation*, University of Pennsylvania Press, Philadelphia.
- FUENTES María (2001), *Mujeres y salud desde el sur. Reflexiones y experiencias desde una perspectiva de género*, Icaria, Barcelona.
- GINSBURG Faye D. - RAYNA Rapp (curatrici) (1995), *Conceiving the New World Order: The Global Politics of Reproduction*, University of California Press, Barkley.
- GOOD BYTON (1999 [1994]), *Narrare la malattia. Lo sguardo antropologico sul rapporto medico-paziente*, Edizioni di Comunità, Torino [ediz. orig.: *Medicine, Rationality and Experience. An anthropological perspective*, Cambridge University Press, Cambridge].
- GOOD BYTON - FISCHER Michael M.J. - WILLEN Sarah S. - DEL VECCHIO GOOD Mary J. (curatori) (2010), *A Reader in Medical Anthropology: Theoretical Trajectories, Emergent Realities*, Wiley-Blackwell, Malden.
- GRANDOLFO Michele - DONATI Serena - GIUSTI Angela (2002), *Indagine conoscitiva sul percorso nascita. Aspetti metodologici e risultati nazionali*, Istituto superiore di sanità, Roma.
- GRANDOLFO Michele (2012), *Percorso nascita e corsi di accompagnamento alla nascita: basi conoscitive, progettazione operativa, implementazione e valutazione delle attività*, pp. 1-24, in LAURIA Laura - LAMBERTI Anna - BUONCRISTIANO Marta - BONCIANI Manila - ANDREOZZI Silvia (curatori) (2012), *Percorso nascita. Promozione e valutazione della qualità di modelli operativi. Le indagini del 2008-2009 e del 2010-2011*, Rapporto ISTISAN 12/39, Istituto Superiore di Sanità, Roma.
- HAGEN H. Edward (2001), *Depression as bargaining: the case postpartum*, Department of Anthropology University of California Santa Barbara, Santa Barbara.
- HAHN Robert - INHORN Marcia (curatori) (2009), *Anthropology and Public Health: Bridging Differences in Culture and Society*, Oxford University Press, New York.
- ILLICH Ivan (2005 [1976]), *Nemesi medica. L'espropriazione della salute*, Milano, Boringhieri Editore [ed. or. *Limits to medicine-Medical Nemesis: the expropriation of health*, Marion Boyars Publishers Ltd, London.]

ISTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA (2013), *Cifra de Poblacion y Censo demográfico*, (www.ine.es consultato il 4 novembre 2013)

ISTITUTO NAZIONALE DI STATISTICA (2002), *Il percorso della maternità: gravidanza, parto e allattamento al seno. Indagine multiscopo sulle famiglie - "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari. Anni 1999-2000"*, ISTAT, Roma.

ISTITUTO NAZIONALE DI STATISTICA (2006), *Gravidanza, parto e allattamento al seno. Indagine multiscopo sulle famiglie - "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari. Anni 2004-2005. Statistiche in breve"*, ISTAT, Roma.

ISTITUTO NAZIONALE DI STATISTICA (2007), *Indagine Multiscopo sulle Famiglie "Condizioni di Salute e Ricorso ai Servizi Sanitari - 2005"*, ISTAT, Roma.

ISTITUTO NAZIONALE DI STATISTICA (2012), *Compendio statistico italiano 2012*, ISTAT, Roma.

JANSSEN Patricia A. - SAXELL Lee - PAGE A. Lesley - KLEIN C. Michael - LISTON M. Robert - LEE K. Shoo (2009), *Outcomes of planned home birth with registered midwife versus planned hospital birth with midwife or physician*, "Canadian Medical Association Journal" 2009, vol. 181, fasc. 6-7, pp. 377-83.

JOHNSON Thomas - SARGENT Carolyn (1990), *Medical Anthropology. Contemporary Theory and Method*, Praeger, New York,

JORDAN Brigitte (1983), *Birth in Four Cultures*, Eden Press, Montreal.

JORDAN Brigitte (1997), *Authoritative knowledge and its construction*, pp. 55-88, in *Childbirth and Authoritative Knowledge. Cross-Cultural Perspectives* (curatrici) DAVIS-FLOYD Robbie and SARGENT F. Carolyn University of California Press, Barkley.

KLEINMAN Arthur (1995), *Writing at the Margin. Discourse between Anthropology and Medicine*, University of California Press, Berkley-Los Angeles-London.

KLEINMAN Arthur - DAS Veena - LOCK Margaret (curatori) (1997), *The Social Suffering*, University of California Press, Berkeley-Los Angeles-London.

LAURIA Laura - ANDREOZZI Silvia (curatrici) (2011), *Percorso nascita e immigrazione in Italia: le indagini del 2009*, Rapporti ISTISAN 11/12, Istituto Superiore di Sanità, Roma.

LAURIA Laura - BONCIANI Manila - LAMBERTI Anna - BUONCRISTIANO Marta - BUCCIARELLI Mauro - GRANDOLFO Michele (2012), *Gruppo di lavoro sul percorso nascita*, pp. 25-78, in LAURIA L. - LAMBERTI A. - BUONCRISTIANO M. - BONCIANI M. - ANDREOZZI S. (curatori) (2012).

LAURIA Laura - LAMBERTI Anna - BUONCRISTIANO Marta - BONCIANI Manila - ANDREOZZI Silvia (curatori) (2012), *Percorso nascita. Promozione e valutazione della qualità di modelli operativi. Le indagini del 2008-2009 e del 2010-2011*, Rapporto ISTISAN 12/39, Istituto Superiore di Sanità, Roma.

LEBOYER Frederick (2000 [1975]), *Per una nascita senza violenza*, Bompiani, Milano [ediz. orig. *Birth without violence*, Pinter & Martin, London, 1975].

LINDENBAUM Shirley - LOCK Margaret (curatrici) (1993), *Knowledge, Power and Practice: The Anthropology of Medicine and Everyday Life* University of California Press, Berkeley.

LOCK Margaret - GORDON Debora (curatrici) (1988), *Biomedicine Examined*, Academia Publishers, Dordrech.

LOCK Margaret - KAUFERT Patricia (curatrici) (1998), *Pragmatic Women and Body Politics*, Cambridge University Press, Cambridge.

LOCK Margaret - FARQUAAR Judith (curatrici) (2007), *Beyond the proper body. Reading the anthropology of material life*, Duke University Press, Durham.

LOCK Margaret - NGUYEN Vinh Kim (2010), *An Anthropology of Biomedicine*, Wiley-Blackwell, Oxford.

LUPO Alessandro (2012), *Malattia ed efficacia terapeutica*, pp. 127-155, in Cozzi Donatella, (curatrice), *Le parole dell'antropologia medica*, Morlacchi Editore, Perugia.

MAFFI Irene (curatrice) (2010), *Nascita*, "Annuario di Antropologia", vol. 12, Ledizioni, Milano.

MARTIN Emily (1987), *The Woman in the Body. A Cultural Analysis of Reproduction*, Beacon Press, Boston.

MINISTERIO SANIDAD Y CONSUMO (2007), *Estrategia del Atención al Parto Normal en el Sistema Nacional de Salud*, Ministerio sanidad y consumo, Madrid.

MINISTERIO DE SANIDAD, IGUALDAD Y SERVICIOS SOCIALES (2013), *Informe sobre el parto y en nacimiento en el Sistema Nacional de Salud 2012*, Madrid, Ministerio de Sanidad, Igualdad y Servicios Sociales.

MINISTERO DELLA SALUTE (2000), *Decreto Ministeriale 24-4-2000 Progetto Obiettivo Materno Infantile - Piano Sanitario Nazionale 1998-2000*, Ministero della salute, Roma.

MINISTERO DELLA SALUTE - ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ (2010), *Linea guida. Taglio cesareo. Una scelta appropriata e consapevole*, n. 19, Ministero della salute, Roma.

MINISTERO DELLA SALUTE - ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ, CENTRO PER LA VALUTAZIONE DELL'EFFICACIA DELL'ASSISTENZA SANITARIA (2010), *Linea guida. Gravidanza Fisiologica*, n. 20, Ministero della salute, Roma.

MONTES-MUÑOZ Maria Jesús (2007), *Las culturas del nacimiento: representaciones y prácticas de las mujeres gestantes, comadronas y médicos*, Tesis doctoral en Antropología social y cultural, Universidad Rovira i Virgili, Tarragona.

MORANDI Isabella (2009), *Sistemi regionali di ripartizione del fondo sanitario e di remunerazione di ricoveri per acuti, di riabilitazione e lungo degenza. Analisi della normativa vigente al 30 ottobre 2008*, Agenas-Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali, Roma.

NICHTER Mark - LOCK Margaret (2002), *New Horizons in Medical Anthropology. Essay in honour of Charles Leslie*, Routledge Harwood Anthropology, Northwestern University, London-New York.

OAKLEY Anne (curatrice) (1985), *Le culture del parto*, Feltrinelli, Milano.

OLSEN Ole - CLAUSEN Jette A. (2012), *Planned hospital birth versus planned home birth*, Cochrane Library Database of Systematic Reviews 2012, n. 9.

ORGANIZZAZIONE MONDIALE DELLA SANITÀ (1996), *Maternità sicura. Guida pratica all'assistenza al parto fisiologico, al parto naturale*, MIPA-Movimento italiano parto attivo [trad. italiana di ARGENTO ROSA (curatrice) (1996) *Care in normal Birth. A practical Guide*, WHO Geneve]

ORGANIZZAZIONE MONDIALE DELLA SANITÀ (2014), *La Prevenzione ed eliminazione dell'abuso e della mancanza di rispetto durante l'assistenza al parto presso le strutture ospedaliere*, Ginevra, Organizzazione Mondiale della Sanità.

PIZZA Giovanni (2005), *Antropologia Medica. Saperi pratiche e politiche del corpo*, Carocci, Roma.

PIZZINI Franca (curatrice) (1981), *Sulla scena del parto: luoghi, figure, pratiche*, Angeli, Milano.

QUATTROCCHI Patrizia (2014a) "Riesgo" y "seguridad" durante el embarazo y el parto: desde la visión biomédica hacia la visión de las mujeres que optan por un parto domiciliar. "Periferías, Diálogos y

Fronteras". Actas del XIII Congreso de Antropología de la Federación de Asociaciones de Antropología del Estado Español. Universitat Rovira y Virgili, Tarragona, Spain, pp. 4444-4465.

QUATTROCCHI Patrizia (2014b), *Homebirth and the National Health Service in Italy. A qualitative study in the Emilia-Romagna Region*, "Canadian Journal of Midwifery. Research and Practice", vol. 13, n. 3, pp. 32-39.

RANISIO Gianfranca (2012), *Corpo femminile e medicalizzazione*, pp. 67-84 in Cozzi Donatella, (curatrice), *Le parole dell'antropologia medica*, Morlacchi Editore, Perugia.

RICH Adrienne (1995), *Of Woman Born. Motherhood as experience and institution*, W.W. Norton & Company, New York.

RODRIGÁNEZ BUSTOS Casilda (2007), *Pariremos con placer*, Madrid, Ediciones Crimentales.

ROTHMAN Barbara Katz (1989), *Recreating Motherhood*, Rutgers University Press, New Jersey.

SABBADINI Linda Laura (2001), *Gravidanza e Parto. Una nuova coscienza finale. Un nuovo protagonismo maschile*, Istat, Roma.

SCHEPER HUGHES Nancy - LOCK Margaret (1987), *The mindful body: a prolegomenon to Future Work in Medical Anthropology*, "Medical Anthropology Quarterly", vol. I, n. 1, pp. 6-41.

SCHMID Verena (2010), La casa maternità: una valida alternativa al parto medicalizzato, pp. 1-5, <http://lostetricainforma.it/article-print-24.html>, consultato 11/01/2014.

SPINA Elena (2009), *Ostetriche e Midwives. Spazi di autonomia e identità corporativa*, Franco Angeli, Milano.

SEPPILLI Tullio (2010), *Salute e sanità come beni comuni: per un nuovo sistema sanitario*, "Educazione Sanitaria e Promozione della Salute", vol. 33, n. 4, ottobre-dicembre 2010, pp. 369-381.

STERN Gwen - KRUCKMAN Laurence (1983), *Multi-disciplinary perspectives on post-partum depression: an anthropological critique*, "Soc Sci Med", 1983, n. 17, pp.1027-1041.

WAGNER Marsden (2001), *Fish can't see water: the need to humanize birth*, "International Journal of Gynecology & Obstetrics", n. 75, 2001, pp. 25-37.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (1985a), *Appropriate technology for Birth*, "The Lancet", n. 24, pp. 436-437.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (1985b), *Having a baby in Europe*, World Health Organization, Regional Office for Europe, Copenhagen, Denmark.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (1996), *Care in normal Birth. A practical Guide, Reproductive health and research. Report of a Technical working group*, publication n. WHO/FRH/MSM/96.24, Geneve.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (2006), *Pregnancy, Childbirth, Postpartum and newborn care: A guide for essential practice*, World Health Organization, Geneva.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (2008), *WHO European Strategic Approach for making safer. Improving maternal and perinatal health*, World Health Organization Regional Office for Europe, Copenhagen, Denmark.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (2009), *Recommended intervention for improving maternal and newborn health*, World Health Organization, Geneva.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (2010), *Accelerated implementation of maternal and newborn continuum of care as part of improving reproductive health*, World Health Organization, Geneva.

Scheda sull'Autrice

Patrizia Quattrocchi (Gorizia, 1972). Dottore di Ricerca in Etno-anthropologia presso l'Università di Roma "La Sapienza" (2005). Si occupa di antropologia medica, salute riproduttiva e salute interculturale, con ricerche sul campo condotte in Honduras (1998) e in Messico (2000-2009). In Italia ha condotto studi sulle comunità bengalese e cinese.

Nel 1998 come tesista di laurea dell'Università di Trieste realizza una prima ricerca in Honduras sui saperi e le pratiche delle levatrici lenca. Dall'anno 2000 inizia il lavoro di ricerca in Messico, grazie ad una borsa di perfezionamento all'estero dell'Università di Padova (2000-2001) e una borsa di ricerca del Governo del Messico (2003). In entrambi i casi è accolta come *Investigadora visitante* presso la *Unidad de ciencias sociales del Centro de investigaciones regionales "Dr. Hideyo Noguchi" (CIR)* dell'Università Autonoma dello Yucatán, con il quale collabora fino a oggi. Dal 2005 al 2008 è ideatrice e coordinatrice del progetto di cooperazione tra il Messico e l'Italia "Il Tempo della *Sobada*" sostenuto da un partenariato di 15 enti, di cui 4 messicani e 11 italiani. Dal 2006 al 2009 è *Profesora Investigadora Titular* presso il *Departamento de medicina social de la Unidad de ciencias biomédicas del CIR*-Università Autonoma dello Yucatan, dove partecipa a due progetti di ricerca interdisciplinari sui tumori femminili (cervice uterino e seno) in aree indigene maya, finanziati dal *Consejo nacional de ciencia y tecnología*. Nel primo dei due progetti è co-ideatrice, responsabile dello studio antropologico e coordinatrice del gruppo di ricerca che lavora sul campo. Nel 2010 rientra accademicamente in Italia (Università degli Studi di Udine) grazie alla vincita del finanziamento europeo "*Marie Curie International Reintegration Grant*" (Programma People-Marie Curie, 7PQ) che finanzia il progetto di ricerca "*An Intercultural en Ethic Code on Birth. Dialogue between institutional directives and women's needs*" (2010-2014). Si tratta di uno studio antropologico sulle politiche e le pratiche del parto non ospedaliero (domiciliare e in case maternità) in Italia, Spagna e Olanda che ha il fine di fornire elementi per l'implementazione di politiche innovative in merito alla nascita, volte alla demedicalizzazione del processo riproduttivo e all'*empowerment* delle donne. Continua inoltre a collaborare con il Messico: nel 2010 è nuovamente *Investigadora visitante* della *Unidad de ciencias biomédicas del CIR* e nel 2012 è *Profesora invitada* della *Unidad de ciencias sociales* per condurre un seminario di 20 ore sulla salute interculturale diretto a ricercatori, docenti e personale del ministero della salute. Come *Profesora Invitada* conduce inoltre seminari presso l'*Universidad Complutense de Madrid* (2014) e presso l'*Universidad de la Republica de Uruguay* (2016).

Ha impartito seminari e docenze in diverse università italiane (Udine, Trieste, Roma, Milano, Padova, Venezia) e messicane (*Universidad Autónoma de Yucatán, Universidad Nacional Autónoma de Mexico, Universidad de Oriente-Valladolid*). In entrambi i paesi ha condotto corsi di formazione-aggiornamento per il personale sanitario, collaborando con il Ministero della Salute, con aziende sanitarie e ospedaliere e con Collegi di Ostetriche. È docente a contratto di Antropologia culturale presso il Corso di Laurea

in Scienze e Tecniche del Turismo Culturale dell'Università di Udine (2013-2014) e di Discipline Demoetnoantropologiche presso il Corso di Laurea in Ostetricia e in Educazione Professionale (2014-2015). Dal 2012 è docente di Antropologia medica presso il Master in *Pet Therapy. Applicazioni alle Scienze mediche e psicosociali* dell'Università di Trieste.

Ha partecipato quale relatrice in numerosi congressi internazionali e nazionali e ha al suo attivo circa 50 pubblicazioni, molte delle quali in lingua spagnola. Nel 2011 ha pubblicato la monografia *Corpo, riproduzione e salute tra le donne maya dello Yucatan, Messico* (Pacini Editore), un compendio del suo lavoro quasi decennale in Messico.

Nel 2016 è risultata vincitrice di un secondo finanziamento europeo *Marie Skłodowska Curie Grant* (Horizon 2020) con il progetto “*Obstetric Violence. The new goal for research, policies and human rights on childbirth*”. Attualmente (2017) conduce le sue ricerche sulla violenza ostetrica in Argentina, ospite dell' *Instituto de Salud Colectiva* dell'Universidad Nacional de Lanús.

Nel 1996 contribuisce a fondare l'Associazione AREAS-Associazione di Ricerche Etno-Antropologiche e Sociali e dal 2010 ne è Vicepresidente.

Riassunto

Rispettare il processo. Il ruolo sociale, culturale e politico delle ostetriche libere professioniste in Italia e in Spagna

In questo articolo l'autrice analizza il ruolo delle ostetriche libere professioniste in Italia e in Spagna, dove ha condotto le sue ricerche tra il 2010 e il 2015. A partire dalla loro esperienza nell'assistere parti a domicilio e in case maternità, si mostra come - nei contesti in cui la medicalizzazione del parto costituisce il paradigma dominante - le ostetriche libere professioniste rappresentino non solo le detentrici della fisiologia, ma anche le custodi dei saperi femminili sulla nascita. Un concetto centrale che emerge nel lavoro è quello di “rispetto”. Intorno al “rispetto” – di cui nell'articolo si analizzano alcune declinazioni – è costruita la visione del parto e della nascita da parte di tali professioniste, così come le modalità di accompagnamento e assistenza alla donna, alla coppia e al bambino. Poter “essere” e “fare” al di fuori dal sistema istituzionale costituisce un valore aggiunto, che permette alle ostetriche in libera professione di esaminare criticamente assunzioni, modelli, pratiche e protocolli biomedici, ma anche di interpretare e agire su processi sociali più ampi. In questo senso viene analizzato il triplice ruolo sociale, culturale e politico che tali professioniste assumono, dentro e fuori la scena del parto.

Parole chiave: parto domiciliare, casa maternità, ostetrica, nascita, gravidanza.

Résumé

Respecter le processus. Le rôle social, culturel et politique des sages-femmes indépendantes en Italie et en Espagne.

Dans cet article, l'auteur analyse le rôle des sages-femmes dans la carrière professionnelle, en Italie et en Espagne, où il a mené ses recherches entre 2010 et 2015. De leur expérience en aidant les parties dans les foyers et maisons de maternité, il montre comment – dans des contextes où la médicalisation de l'accouchement et de la naissance constitue le paradigme dominant – les sages-femmes professionnelles représentent non seulement la défense de la physiologie, mais aussi les gardiennes féminines de connaissances sur ces processus. Un concept central qui émerge dans le travail est de «respecter». Autour du «respect» – dont nous analysons quelques variations dans l'article – est construit la vision du travail et de l'accouchement, ainsi que les modalités de contrôle et d'assistance à la femme, le couple et l'enfant. Être capable de «être» et «faire» en dehors du système institutionnel constitue une valeur ajoutée, ce qui permet aux sages-femmes indépendantes à examiner de façon critique les hypothèses, des modèles, des pratiques et des protocoles biomédicaux, mais aussi d'interpréter et d'agir sur les processus sociaux plus larges. En ce sens, le triple rôle est analysé les facteurs sociaux, culturels et politiques que ces professionnelles prennent, dans et hors de la scène de la naissance.

Mots-clés: les accouchements à domicile, maison de naissance, la sage-femme, naissance, grossesse.

Resumen

Respetar el proceso. El rol social, cultural y político de las comadronas independientes en Italia y en España.

En este trabajo la autora analiza el papel de las comadronas independientes en Italia y en España. Los datos corresponden al trabajo de campo realizado entre el 2010 y el 2015, en ambos países. Se demuestra cómo, en los contextos en los cuales la medicalización del embarazo, del parto y del nacimiento constituye el paradigma dominante, las comadronas independientes representan, por un lado, las que detentan de la fisiología; por el otro, las guardianas de los saberes femeninos relacionados con estos procesos. Un concepto central que emerge en este trabajo es el “respeto”. Al rededor del “respeto”, del cual se analizan alguna derivaciones – se construyen la visión del parto y del nacimiento y las modalidades de acompañar y atender a la mujer, a la pareja y al bebé por parte de estas profesionales. Poder “ser” y “hacer” fuera del sistema institucional de salud (el servicio sanitario nacional) constituye un valor agregado,

que ofrece a las comadronas una lente crítica sobre asunciones, modelos, prácticas y protocolos oficiales; lo que también les permite interpretar procesos sociales más amplios. En este sentido, se analiza el triple papel-social, cultural y político – que estas profesionales asumen, dentro y fuera la escena del parto.

Palabras claves: parto domiciliario, casas de parto, matrona, nacimiento, embarazo.

Abstract

Midwife and Respect. The social, cultural and political Roles of Independent Midwives in Italy and Spain.

In this article the author focus on the role of the independent midwives in Italy and Spain, where she conducted her fieldwork between 2010 and 2015. Emerging data show that in these contexts – where the medicalisation of childbirth dominates – independent midwives are today the keepers of the physiology and of the female knowledge relating to birth. A central concept is “respect”; around this concept orbits the midwives’ vision of the process and all the practices that are deployed during the caring process. *To be* and *to do* outside the widespread system allow independent midwives to critically examine the assumptions and paradigms of scientific medicine, but also wider social processes. In this sense, a social, a cultural and a political role of the independent midwives was highlighted.

Keywords: homebirth, maternity home, midwife, birth, pregnancy