

Topografia della possibilità: itinerari del parto e della nascita

Virginia De Silva
Sapienza Università di Roma

Patrizia QUATTROCCHI, *Oltre i luoghi comuni. Partorire e nascere a domicilio e in casa maternità*, Editpress, Firenze, 2018, 396 pp. Prefazione di Gianfranca Ranisio.

«Ma perché qui spingiamo affinché partoriscono nei centri di salute e poi in Europa siamo tornati a partorire a casa?». Questa è la domanda che mi è stata posta da un valutatore della Cooperazione Internazionale Italiana, su una Jeep mentre percorrevamo la strada sterrata che ci conduceva da un *health center* appena visitato, all'ufficio della ONG che mi ospitava. Stavo infatti lavorando nel sud dell'Etiopia come antropologa per una ONG italiana, all'interno di un progetto di salute materna che mirava a orientare i bisogni di salute delle donne, madri o in gravidanza, verso le istituzioni biomediche. Quella domanda, me la ero posta personalmente più volte durante la ricerca e nella stesura del mio report avevo evidenziato la percezione delle donne riguardo la "normalità" dell'evento parto e l'altrettanta normalità del partorire in casa e il rischio di criminalizzazione delle figure locali depositarie di un sapere e di un saper fare relativi al parto, quali le *deesistu adaa* (che in lingua afan oromo indicano le *traditional birth attendants*). La domanda posta dal valutatore mi era sembrata estremamente pertinente, ma si basava a mio avviso su un presupposto erroneo e per me non condivisibile che era quello di una sorta di scala evolutiva dalla quale l'Occidente, che aveva il compito di tracciare le rotte e le traiettorie da seguire, poteva dall'alto accorciare la strada in quel luogo esotico, proponendo delle conclusioni alle quali nel mondo "di sopra" eravamo arrivati dopo un lungo e inciampicante cammino; quello di un Occidente che *umanitariamente* dovesse evitare ai suoi "figli minori" di compiere gli stessi errori.

Il presupposto per me, invece, era quello contrario: un contesto di pluralismo medico come quello etiopico (WONDWOSEN 2006; SCHIRRIPA 2010), cosa poteva insegnare al "nostro", in cui la potenza egemonica della biomedicina

è talmente evidente da rendere la stessa “tradizione biomedica” un elemento caratterizzante dell’Occidente? La pluralità di scelte terapeutiche, di operatori della salute, di saperi medici, come poteva aiutarci a ottenere quell’effetto di straniamento verso quella egemonia che, fondandosi sui meccanismi retorici dell’universalità, dell’asocialità e della trasparenza (Martinez Hearnez 2000), ci appare come oggettiva e “naturale”?

Il libro di Patrizia Quattrocchi, che tanto ha lavorato sulle tematiche del parto e della nascita anche in contesti come il Messico, ha l’intento di mettere in discussione la realtà oggettivata, come fosse di per sé naturale, della medicalizzazione del parto.

Con il termine “medicalizzazione” si intende, usando le parole dell’Autrice:

ricondere eventi o processi della vita quotidiana alle categorie interpretative (e di conseguenza alle pratiche) della biomedicina. Nel caso della gravidanza, ciò conduce a trattare le donne e il bambino come se fossero potenzialmente sempre a rischio e, nel momento del parto, ricondurre la donna e il neonato alla categoria di “pazienti” (QUATTROCCHI 2018: 59).

Fornendo una panoramica approfondita sulle scelte di donne e operatrici della salute che si discostano dal parto istituzionale, il libro ha il grande pregio di mostrare come una realtà data per assodata, sia invece solo una possibilità tra altre.

Ritengo, infatti, che il fulcro centrale del libro sia quello di indagare la categoria di possibilità, che nel testo prende le forme di pluralità di scelte e di esperienze e di luoghi relativi al parto e alla nascita, analizzati attraverso le testimonianze di varie attrici sociali. L’Autrice, attraverso lo studio delle “eccezioni”, produce l’effetto di straniamento rispetto alla regola rappresentata dal parto istituzionale e ne disvela la storicità, in senso seppilliano. Parlo di parto istituzionale per intendere il parto ospedaliero, poiché condivido pienamente l’idea che l’ospedale come altre istituzioni siano «dispositivi organizzati e formalizzati, raggruppamenti sociali legittimati che hanno l’obiettivo di regolare i comportamenti e le relazioni sociali» (PIZZA 2005: 146) e che «l’appartenenza a un’istituzione è assorbita nel proprio corpo, naturalizzata attraverso l’incorporazione della norma» (*ibidem*). Il parto ospedaliero è quindi spesso l’unico riconosciuto e promosso e spesso anche l’unico pensato, immaginato e contemplato.

La ricerca quinquennale dell’Autrice si è svolta in Italia, in Spagna e nei Paesi Bassi, questi ultimi due, pur non essendo esattamente la sua “casa”, sono certamente contesti caratterizzati da una forte “intimità culturale” (HERZFELD 2003). Fare ricerca *at home* presuppone un lungo lavoro di auto

scrutinio, inteso in senso gramsciano come capacità di inventariare le tracce che la cultura lascia in noi stessi, e di decentramento dello sguardo. Mi viene in mente *Body Ritual Among the Nacirema* (1956) di Horace Miner, in cui le azioni quotidiane degli Americani, relative alla pulizia personale e alla cura del corpo, venivano descritte come strani rituali di chissà quale società lontana ed esotica. Direi, perciò, che con lo stesso sguardo eccentrico e non etnocentrico, potremmo rivolgerci al “rituale del corpo” del parto in ospedale, caratterizzato – come si evince dallo stesso libro – da un alto grado di medicalizzazione ed interventismo.

L'Autrice, nell'elaborato, si pone subito il problema di quali parole utilizzare per definire il parto domiciliare e/o in casa maternità. “Extra-ospedaliero”? Ma tale dicitura già reifica una relazione subordinata di potere rispetto alla biomedicina che detta la legge; una questione analizzata dalla stessa Quattrocchi nell'introduzione attraverso le parole di un'ostetrica spagnola che, leggendo la sua proposta di progetto, le fa notare:

Mi risulta strano che per il parto in casa utilizzi il termine “parto extra ospedaliero”! Io i parti in ospedale li chiamo “extra-domiciliari”! Se vogliamo che si naturalizzi, la cosa migliore è cambiare il punto di vista e chiamarli parto ospedaliero e parto domiciliare, non ti pare? (QUATTROCCHI 2018: 29. Trad. in italiano mia).

È vero, infatti, che per eradicare degli stereotipi, il primo passo è quello di cambiare il linguaggio e le parole. Ritengo, dunque, che la scelta di intitolare due capitoli *Il parto non ospedaliero in Europa* e *Il parto non ospedaliero in Italia*, sia l'espedito linguistico migliore per sostituire un prefisso “extra” che indica una straordinarietà – in antitesi alla categoria di ordinarietà costruita culturalmente, socialmente e politicamente – e al tempo stesso mantenere chiaro al lettore quali siano i poli dicotomici e la disegualianza di potere sottostanti a tale dicitura.

L'OMS si è schierata più volte dalla parte delle madri e delle donne, affermando con il *Prevention and Elimination of Disrespect and Abuse During Childbirth* del 2014 che: «ogni donna ha il diritto al più elevato livello di salute raggiungibile, che include il diritto a una assistenza sanitaria rispettosa e dignitosa» (OMS 2014, cit. in QUATTROCCHI 2018: 79). Da tale dichiarazione deriva anche l'interesse verso la cosiddetta “violenza ostetrica”, affermata dalla Schmidt e di cui la stessa Quattrocchi si sta occupando attraverso un progetto di ricerca dell'Unione europea “Horizon 2020”, dal titolo *Obstetric Violence. The New Goal for Research, Policies and Human Rights on Birth*.

In contesti extra europei, l'OMS sembra aver perseguito tale obiettivo anche riconoscendo il valore di operatori "tradizionali" come importanti risorse di salute nell'ambito della *primary health care*. Con il tempo, però, le pratiche messe in atto hanno fatto scemare tale primato e l'OMS ha fatto un passo indietro anche riguardo il coinvolgimento delle operatrici e degli operatori tradizionali. Nel libro l'Autrice compara, infatti, le linee guida proposte dalle agenzie internazionali e le reali pratiche quotidiane. Nel primo capitolo riferisce che il documento *Appropriate Technology for Birth* (1985), noto come *Raccomandazioni di Fortaleza*, per la prima volta riconosce il parto come processo fisiologico e non patologico e ha come base principale la scelta e il rispetto dei bisogni e delle necessità delle partorienti. Eppure i dati statistici, riportati con accuratezza proprio nel libro, rivelano la persistenza di pratiche mediche che non solo risultano essere non necessarie e invasive, ma in alcuni casi anche dannose; ad esempio l'uso routinario della rasatura pubica o di enema, l'utilizzo standardizzato della posizione litotomica o il lavaggio e l'esplorazione di routine dell'utero dopo il parto. Nelle tabelle presentate si evince come la possibilità di scelta sia negata nella maggior parte dei casi.

Il nodo centrale è proprio la percezione che è alla base della categoria di "rischio" e di "rispetto" che si declinano in maniera totalmente diversa nell'orizzonte culturale della biomedicina e in contesti altri e che contrappone le esperienze e – come dice l'Autrice nell'ultimo capitolo «Riflessioni finali. Un dialogo possibile?» – i bisogni delle donne e i bisogni delle istituzioni di attenersi a linee guida nazionali e internazionali assicurando degli standard di assistenza. Se per l'OMS il parto costituisce di per sé un evento rischioso, per molte donne sia in contesto europeo sia in contesti extra-europei, la gravidanza è una questione fisiologica, potremmo dire uno stato corporeo "naturale". Come "rischiosa", perciò, la gravidanza e il parto vengono patologizzati e ospedalizzati secondo quel concetto foucaultiano di *spazializzazione terziaria* che è: «L'insieme dei gesti tramite i quali la malattia in una società viene accerchiata, medicalmente investita, isolata, distribuita in regioni privilegiate e chiuse, o ripartita in ambienti di guarigione sistemati in modo di riuscir favorevoli» (FOUCAULT 1998: 28).

Come mostrato nel libro e da altre ricerche come quella di Serena Corrado sul parto e il puerperio in Tigray, nel nord dell'Etiopia (CORRADO 2011) e come esperito durante la mia ricerca nel sud dell'Etiopia, per la biomedicina l'imprevedibilità e l'incertezza del parto rappresentano automaticamente il suo essere un evento "rischioso"; per le ostetriche libere professioniste e per le donne intervistate da Patrizia Quattrocchi, il rischio è

tutt'altra cosa: segni di pericolo durante e dopo il parto; altrimenti esso è fisiologico e "naturale". Da questa fondamentale differenza deriva una altrettanto sostanziale diversificazione delle modalità di presa in carico e di modi di agire intorno al parto: quella della cura come processo medicale, rappresentato dalle istituzioni biomediche, e quello di cura come premura e presa in carico. In inglese la differenza linguistica tra il *curing* e il *caring* aiuta maggiormente nella distinzione, mentre nel termine "cura" in italiano spesso l'intrinseca polisemia subisce un riduzionismo medico. Se per le ostetriche libere professioniste, intervistate dall'Autrice nel capitolo dedicato a *L'esperienza delle ostetriche*, il senso dell'assistenza preserva quella carica etimologica del latino *ad-sistere* e cioè "stare accanto" e non intervenire ma "rispettare il processo", che dà il titolo a un altro articolo della Quattrocchi (QUATTROCCHI 2016), e accogliere tanto la madre partoriente quanto il/la neonato/a, in chiave biomedica l'assistenza si configura come prestazione di servizi elargiti dall'alto che è uno stare *per*, ma non uno stare *con* e ciò presuppone capitali simbolici molto diversi e rapporti di potere. Le donne sembrano diventare l'oggetto delle azioni assistenziali, piuttosto che i soggetti attivi dell'evento del parto.

Le ostetriche che lavorano per i parti domiciliari e in casa maternità sottolineano la "sparizione" delle partorienti dal *setting* del parto in ospedale, come fossero mero corpo, e dalle attività decisionali sul processo in atto. Una testimonianza riporta che il fatto ricorrente di ritrovarsi dinnanzi a donne che devono partorire "insicure" e "spaventate", sia proprio frutto della cultura dominante che ha instillato loro dubbi sulla propria capacità di agire e ha sostituito un sapere femminile, fatto di scambi con le proprie madri e con le proprie pari, con il sapere maschile del medico (ivi: 191) e quindi con il suo potere di scegliere al posto delle donne.

Anche nelle testimonianze delle donne, ciò che emerge è l'esigenza di una riappropriazione, che sembra negata in ambito ospedaliero, e un diverso senso di "sicurezza" inteso biomedicalmente come possibilità di monitorare, prevenire, preventivare tramite monitoraggio tecnologico ogni condizione corporea e ogni momento del processo e inteso diversamente dalle donne, come possibilità di fidarsi di se stesse e di coloro che le accompagnano al parto. Il "modello tecnocratico del parto" (RANISIO 1996), ma aggiungerei anche quello della gravidanza, prevede infatti di dare maggior risalto alle informazioni ottenute tramite misure biometriche e standardizzate, piuttosto che alle sensazioni di salute e benessere delle donne. Un esempio di ciò, che proviene dal vizio di una formazione antropologica che mi conduce a "etnografare" anche le esperienze quotidiane mie e di

chi mi circonda, è quello della macrosomia fetale. La macrosomia fetale è la condizione che si verifica quando il feto alla nascita presenta un peso corporeo maggiore di 4,5 kg; essa però può essere diagnosticata in base a un calcolo, già durante le ecografie in gravidanza (e non solo quelle effettuate dalla trentaquattresima settimana) sulla base della circonferenza addominale o della lunghezza del femore del feto. Si diagnostica, perciò, qualcosa che potrebbe verificarsi ma che non è detto che si verifichi e in base a una misurazione che ontologicamente prevede l'errore. Se una reale macrosomia fetale può creare problemi anche seri durante il parto, ciò che non si capisce è perché si debba instillare una preoccupazione in più, nelle future mamme già bombardate da ansie di adesione alla "normalità" (curve glicemiche, curve del peso, ecc.), prima che l'eventualità diventi più realistica.

Il testo combina sezioni etnografiche (in particolare i capitoli VI, VII e VIII), rappresentate da stralci di intervista e anche fotografie di campo, con riflessioni teoriche e un'attenta analisi di materiali e documenti prodotti dagli organismi internazionali in materia di parto e nascita. In tal modo riesce bene a contestualizzare le esperienze intime e personali delle informatrici entro le politiche e i discorsi nazionali e sovranazionali, mettendo in luce come un dialogo negato possa diventare un dialogo "possibile" (vedi capitolo finale). L'Autrice, come esplicitamente dichiarato, non intende affatto demonizzare il parto ospedaliero o coloro che lo scelgono, vuole intelligentemente mostrare che esistono varie realtà sulle quali spesso viene effettuata una vera e propria azione di rimozione e di oblio, finendo con negare ai soggetti una piena libertà di scelta. Come si fa a scegliere un percorso che spesso neanche si conosce?

Dell'argomento si inizia pian piano a parlare, ma spesso finendo con il produrre delle immagini stereotipate di coloro che scelgono il parto domiciliare. Se in Etiopia il parto domestico è utilizzato dalle istituzioni e da coloro che si occupano di salute, come esempio per tacciare una società ancora "arretrata", e coloro che scelgono il parto ospedaliero solitamente fanno parte di una cosiddetta *élite* borghese e vengono considerate emblema di modernità proprio in virtù dell'incorporazione di pratiche biomediche, in Italia e in Europa si costruisce un'idea di parto domiciliare come scelta "alternativa", tipica di soggetti che si riconoscono in una "controcultura" medio borghese che sceglie per i propri figli la scuola montessoriana o che mangia "biologico". I dati forniti da Patrizia Quattrocchi mostrano che solo in parte le informatrici da lei incontrate rispecchiano i tratti caratteristici dipinti dallo stereotipo, ma dimostrano certamente che

le barriere strutturali, e cioè l'accessibilità e la fruibilità in termini economici e spaziali, inficiano notevolmente la libertà di scelta. Infatti, nel momento in cui si propone un'alternativa sostenuta dal SSN e gratuita, come quella ospedaliera, e un'altra che si è riconosciuta, ma come "alternativa" e perciò a pagamento, le due vie non vengono messe sullo stesso piano e la loro percorribilità risulta sbilanciata. È chiaro, dunque, che i fattori economici e l'accessibilità hanno un peso nella scelta della tipologia di parto; mentre i fattori che condizionano tale decisione dovrebbero riguardare le aspirazioni, i desideri, i bisogni di sicurezza dei soggetti. Se, infatti, come scrive l'Autrice in Italia il parto non ospedaliero «rimanda a tre opzioni: partorire a domicilio grazie a un'ostetrica in libera professione; partorire in casa maternità con l'assistenza di un'ostetrica in libera professione; partorire a domicilio con l'assistenza di un'ostetrica appartenente al SSN» (QUATTROCCHI 2018: 135), in realtà le case - maternità sono soltanto cinque su tutto il territorio nazionale e concentrate nelle regioni del Nord e l'erogazione da parte del Servizio sanitario nazionale è prevista soltanto in Emilia Romagna e in Piemonte.

Parlo di topografia nel titolo, poiché Patrizia Quattrocchi ricostruisce i luoghi del parto e della nascita con una geografia che va dal globale al locale – andamento dei capitoli del libro – senza mai dimenticare come essi siano interconnessi. Lo fa partendo dal contesto generale, quello delle agenzie sovranazionali, per arrivare al contesto europeo, poi a quello italiano e infine a realtà territoriali fisicamente attraversate e toccate dalla stessa Autrice nella sua attività di ricerca, come le case maternità. I luoghi sono il centro dell'indagine e lo sono fisicamente, come posti geografici, ma anche simbolicamente come portatori di valori, assunti e orizzonti sociali politici differenti. Si mette in evidenza la differenza tra il luogo immateriale ma immanente rappresentato dai documenti in cui vengono formulate le *guidelines* e i luoghi, soprattutto quelli non comuni, vivi e reali in cui parto e nascita si concretizzano. Il titolo – *Oltre i luoghi comuni* – rimanda immediatamente a questo doppio livello del fisico e del simbolico, del geografico e del retorico, del luogo comune come spazio abitualmente abitato e attraversato e naturalizzato e come senso comune.

La narrazione è corale e è prettamente femminile: la voce dell'Autrice e le interviste di operatrici e donne. L'esperienza maschile, quella dei compagni delle donne e dei futuri padri, è indagata per via indiretta attraverso le parole delle donne. Ritengo che la declinazione femminile di questo lavoro sia un atto politico fondamentale per rimarcare quello che dovrebbe essere un primato femminile nello spazio di azione e di decisione relativo alle

esperienze che le riguardano direttamente. Credo, però, che le battaglie delle une per giungere al cambiamento debbano diventare le battaglie di tutte e di tutti; dunque se uno degli obiettivi del libro è quello, come affermato dalla stessa Autrice, di «sollevare interrogativi, più che offrire risposte» (QUATTROCCHI 2018: 23), una delle mie curiosità è: che cosa ne pensano gli uomini? Che accompagnano (o dovrebbero) accompagnare le donne durante il parto e che non condividono l'esperienza del partorire, ma sicuramente quella della nascita?

Se, come diceva Seppilli, «la critica antropologica alla bio-medicina non è quella di essere troppo scientifica, ma al contrario di esserlo troppo poco» (SEPPILLI 2004: 26), non prendere in considerazione le esperienze delle donne e i loro bisogni – ben espressi da questo libro –, per calibrare le risposte di presa in carico da offrire, sarebbe l'ennesima conferma di questa irrazionalità e rappresenterebbe un'occasione mancata.

Bibliografia

- CORRADO S. (2011), *Percezione del rischio ed efficacia: l'evento nascita in contesto urbano*, pp. 243-253, in PAVANELLO M., VASCONI E. (a cura di), *La promozione della salute e il valore del sangue. Antropologia medica e sanità pubblica*, Bulzoni, Roma.
- FOUCAULT M. (1998 [1963]), *Nascita della clinica. Una archeologia dello sguardo medico*, Einaudi, Torino.
- HERZFELD M. (2003 [1997]), *Intimità culturale. Antropologia e nazionalismo*, L'Ancora, Napoli.
- MARTINEZ-HEARNEZ A. (2000), *Rendere visibile l'invisibile. L'antropologia e la trasparenza del potere biomedico*, "AM. Rivista della Società italiana di antropologia medica", 9-10: 9-34.
- MINER H. (1956), *Body Ritual Among the Nacirema*, "American Anthropologist", Vol. 58 (3): 503-507.
- PIZZA G. (2005), *Antropologia medica. Saperi, pratiche e politiche del corpo*, Carocci, Roma.
- QUATTROCCHI P. (2016), *Rispettare il processo. Il ruolo sociale, culturale e politico delle ostetriche libere professioniste in Italia e in Spagna*, "AM. Rivista della Società italiana di antropologia medica", 41-42: 209-249.
- QUATTROCCHI P. (2018), *Oltre i luoghi comuni. Partorire e nascere a domicilio e in casa maternità*, Editpress, Firenze.
- RANISIO G. (1996), *Venire al mondo. Credenze, pratiche e rituali del parto*, Meltemi, Roma.
- SCHIRRIPA P. (a cura di) (2010), *Health System, Sickness and Social Suffering in Mekelle (Tigray-Ethiopia)*, Lit Verlag, Berlin.
- SEPPILLI T. (2004), *La funzione critica dell'antropologia medica: temi, problemi, prospettive*, "I Quaderni del CREAM", 2: 5-28.
- WONDWOSEN T. (2006), *Medical Pluralism in Ethiopia*, Shaker Verlag, Aachen.