CENTRO STUDI E DOCUMENTAZIONE
SULLA CONDIZIONE FEMMINILE

IL PARTO TRA PASSATO E PRESENTE: GESTO E PAROLA

ATTI DEL CONVEGNO 29-30 GENNAIO 1985 CAGLIARI - CITTADELLA DEI MUSEI

LA TARANTOLA EDIZIONI
1986

Copyright 1986
La Tarantola edizioni Coop. a r.l. - Cagliari
Prima edizione 1986

L'Editrice ringrazia la Consulta femminile regionale della Sardegna per aver reso possibile la pubblicazione di questo volume.

La grafica della copertina
è stata curata da Elisabetta Manca

SOMMARIO

PRIMA PARTE
LE RELAZIONI

11 La nascita in culture diverse
di *Brigitte Jordan*

25 Il parto nella Sardegna tradizionale
di *Luisa Orrù*

45 Il parto come evento biosociale
di *Franca Pizzini*

53 Verso una umanizzazione della nascita
di *Suzanne Houd*

61 La comprensione del parto
di *Marina Sbisà*

SECONDA PARTE
GLI INTERVENTI

95 La preparazione al parto e alla maternità
a cura di *D. De Fabritiis, C. Atzori, M. T. Ferrer del Consultorio familiare di Assemini*

101 Rapporti tra strutture sanitarie di base e ospedale
a cura di *R. Corda del Comitato di gestione del Consultorio di Selargius, Quartucciu, Settimo San Pietro*

103 L'utenza come variabile fondamentale nella trasformazione dei sistemi di nascita
di *Umberto Lecca, presidente della U.S.L. 21*

107 Il ruolo dell'ostetrica nell'assistenza alla partoriente
a cura di *R. Roascio, delegata regionale delle ostetriche*

111 Considerazioni sul parto ospedaliero oggi a Cagliari
a cura del *Coordinamento donne della funzione pubblica C.G.I.L. di Cagliari*

113 Alcune proposte per una condizione più umana del parto ospedalizzato
a cura di *M. Fusco del Coordinamento donne del P.S.I.*

117 Una politica delle donne per i servizi sanitari
a cura di *A. M. Libra della Commissione femminile del P.C.I.*

119 Un commento in forma di dibattito
a cura di *Annalisa Diaz, Resi Isetta, Alida Manca, Anna Oppo del Centro Studi e documentazione sulla condizione femminile*

Questo volume raccoglie i materiali del Convegno «Il parto tra passato e presente: gesto e parola» svoltosi a Cagliari il 29 e 30 gennaio 1985 per iniziativa del Centro studi e documentazione sulla condizione femminile della Cooperativa «La Tarantola» di Cagliari.

Sorto col proposito di analizzare nei suoi molteplici e vari aspetti la condizione femminile, il Centro studi e documentazione ha voluto con questo Convegno approfondire un momento del vissuto femminile che solo di recente in Italia è stato oggetto di ossservazione e di studio.

Oggetto di infinite mitizzazioni e ritualizzazioni nell'antichità, così come nell'era industriale e post, il parto si configura come centro e come matrice di gesti, di linguaggi, comportamenti personali e collettivi, in una parola, come generatore di processi culturali ancora poco esplorati dalla riflessione teorica delle donne.

Nelle giornate di studio si sono confrontati contributi incentrati su momenti storici diversi e punti di vista provenienti da varie aree disciplinari che hanno aperto nuove prospettive di analisi dell'esperienza del parto, quasi sempre definito secondo un'ottica esclusivamente medica. Il Convegno ha quindi proposto interrogativi e spunti di riflessione nuovi che hanno suscitato l'interesse di un pubblico molto vasto composto in prevalenza da donne, molte delle quali ginecologhe, ostetriche, assistenti sociali, operatrici sanitarie e culturali.

Il Centro ringrazia:

l'Amministrazione provinciale di Cagliari, che ha patrocinato l'iniziativa, per la sensibilità dimostrata nei confronti delle tematiche proposte e per la partecipe collaborazione del settore servizi sociali;

l'Assessorato Regionale alla Sanità che con il suo contributo ha dimostrato attento interesse per l'iniziativa;

le Usl 21 e 22 per il sostegno economico e la partecipazione delle strutture di base.

Si ringraziano inoltre: l'onorevole Maria Cocco, l'Assessore regionale alla Sanità Camillo Mastropaolo, il Consigliere regionale Linetta Serri, il Presidente dell'Amministrazione provinciale Giuseppe Putzolu, il Presidente della Usl 21 Umberto Lecca, la delegata regionale delle ostetriche Rita Roascio, presenti alla inaugurazione del Convegno, che nei loro interventi hanno riconosciuto e sostenuto il significato della iniziativa.

Il Centro ringrazia infine le relatrici per il loro contributo scientifico, gli autori degli interventi e Clara Gallini, docente di antropologia presso l'Università di Napoli, che ha accettato di presiedere la manifestazione. Un ringraziamento particolare alla Prof. Giovanna Sotgiu, direttrice dell'Istituto di Archeologia e Storia dell'Arte, che ha gentilmente autorizzato lo svolgimento del convegno nella sala verde della Cittadella dei Musei.

PRIMA PARTE

LE RELAZIONI

LA NASCITA IN CULTURE DIVERSE
di *Brigitte Jordan*

Desidero in primo luogo ringraziare per essere stata invitata nella vostra bella città. Son felice di partecipare a questo importante convegno per la possibilità che ci viene offerta di mettere a confronto le posizioni di interlocutori così diversi come le donne impegnate nel movimento femminista, le ostetriche, il personale medico e paramedico e le autorità responsabili dei problemi riguardanti la salute delle donne e dei bambini.

Quel che dirò nel mio intervento è piuttosto semplice: inizialmente parlerò del modo in cui l'antropologia studia l'evento-parto; toccherò quindi due o tre punti che mi sembrano particolarmente significativi e precisamente la questione del territorio in cui si svolge il parto, il livello tecnologico dello stesso, le persone che vengono considerate culturalmente atte ad assistervi; infine mostrerò un *videotape* che contiene la registrazione di un tipico parto nella società degli indiani Maya dello Yucatan e del Messico, un gruppo sociale in cui il parto non è né medicalizzato né tecnologicizzato. Il mio discorso si basa su un decennio di studi riguardanti il modo di partorire in società diverse, tanto industrializzate quanto non industrializzate e, in particolare, sull'analisi delle registrazioni che ho effettuato in queste società su diverse modalità del partorire, a casa, in ospedale, talvolta con assistenza medica, talaltra con l'assistenza di ostetriche, familiari, amici.

Per quel che riguarda gli studi antropologici che hanno ad oggetto la nascita va detto innanzitutto che la nostra prospettiva teorica è assai ampia: nello studiare il parto noi antropologi prendiamo costantemente in considerazione dati di natura diversa, da quelli di tipo culturale — più precisamente derivanti dal confronto fra pratiche culturali diverse — ai dati storici e a quelli evolutivi. Utilizziamo inoltre la teoria sistemica. Dal punto di vista dell'evoluzione il parto si presenta, in realtà, come problematico. Il problema deriva dal fatto che ogni donna attraversa il medesimo processo fisiologico in qua-

La trascrizione in lingua originale è a pag. 75.

lunque situazione essa partorisca, si tratti di una capanna nella giungla o di un moderno ospedale qui in Italia: ad un certo punto il suo utero comincia a contrarsi fino a che il bambino viene espulso. La biologia del parto è universale: ovunque il processo è più o meno lo stesso ed è stato così per centinaia di migliaia e forse per milioni di anni. Secondo la prospettiva evolutiva quel che avremmo dovuto prospettarci è che i nostri antenati, attraverso una serie di tentativi ed errori, giungessero al metodo migliore, all'insieme di comportamenti ottimali per far venire al mondo un bambino e che tale metodo — indipendentemente dal luogo di origine — si diffondesse tra gli altri gruppi umani per gli evidenti vantaggi adattativi-evolutivi derivanti dall'adozione dello stesso. In realtà un «metodo migliore» universale non esiste e vi sono tutte le ragioni per credere che non sia mai esistito. Quel che troviamo nei documenti etnografici è, al contrario, una gamma straordinariamente vasta dei diversi modi in cui gruppi umani appartenenti a società e culture differenti affrontano la gravidanza, il parto, il periodo post-partum. Da cultura a cultura regole diverse governano problemi quali il luogo in cui il parto deve avvenire, chi deve assistervi nel caso sia previsto che qualcuno vi assista, quale comportamento ci si aspetta dai presenti, che cosa viene considerato travaglio normale, quali procedure sono considerate utili o dannose, come deve comportarsi la partoriente, come va maneggiato il bambino una volta nato. E mentre parlo di ciò che ci ha insegnato la ricerca antropologica comparata mi sia consentito di dire che una nascita «naturale» non esiste. Non vi è società al mondo, neanche la tribù più primitiva, in cui la nascita sia semplicemente un evento fisiologico. Al contrario, troviamo che ogni cultura trasforma la nostra universale biologia in un evento culturale.

Che non esista un modo di partorire che non sia segnato da una forte impronta culturale deriva, a mio giudizio, da almeno due ragioni. La prima è che la nascita è un evento cruciale del ciclo della vita: nel mettere al mondo un bambino una donna si trasforma in madre, un uomo diventa padre e una coppia diventa una famiglia. Si può aggiungere che in molte società una femmina non viene considerata donna fino a che non abbia partorito ed una unione non viene ritenuta un matrimonio fino alla nascita del primo figlio. La seconda ragione è legata al fatto che il parto è sempre e dovunque associato ad un certo grado di pericolo. Anche per noi il parto è un evento rischioso,

essenzialmente un pericolo fisico per la madre e per il bambino. In altre società, meno medicalizzate della nostra, le preoccupazioni maggiori possono invece riguardare pericoli soprannaturali. In ogni caso, proprio per l'importanza dell'evento, in nessuna società la gestione del parto viene lasciata all'arbitrio individuale ma, al contrario, va soggetta ad una precisa regolamentazione: ogni gruppo sociale, ogni cultura, ogni sub-cultura ha sviluppato un insieme coerente di convinzioni e pratiche riguardanti la nascita che ha le proprie radici ed acquista il proprio significato all'interno della cultura complessiva, in armonia con le concezioni prevalenti sul mondo fisico e soprannaturale, con gli atteggiamenti che le persone hanno nei confronti del proprio corpo, col loro modo di considerare i ruoli e le competenze femminili, con la loro complessiva visione di quel che è un essere umano. Questo insieme integrato di pratiche e convinzioni viene da me chiamato «sistema di nascita». Almeno due punti vanno sottolineati a proposito dei sistemi di nascita. In primo luogo va ricordato che un sistema di nascita fa sempre parte di un sistema culturale più vasto. Ciò che si riferisce alla nascita deve risultare dotato di senso per la società nel suo complesso per cui, per fare un esempio, in una società ad alta tecnologia è probabile che anche al parto si applichino strumenti tecnologici. Egualmente, se le donne vengono considerate membri importanti ed autonomi della società è probabile che anche durante il parto vengano trattate come tali. In questo senso si può affermare che la nascita riflette e contemporaneamente rafforza i valori che un gruppo sociale condivide anche in altre sfere di comportamento. Da ciò consegue che quando una società attraversa un processo di riassestamento generale questo viene in parte elaborato nel sistema di nascita. Un tale processo di riassestamento sta diventando sempre più visibile negli Stati Uniti e probabilmente alcune delle medesime trasformazioni sono in corso anche qui in Italia. Attualmente negli Stati Uniti non vi è piú un consenso generale su quel che sia il modo migliore per mettere al mondo un bambino. Fino a non molto tempo fa, al contrario, si era tutti d'accordo che le donne americane che partorivano in ospedale sotto anestesia e con l'assistenza di un medico specialista ricevessero la migliore assistenza ostetrica possibile. Oggi questo modo di partorire è in discussione. Le polemiche hanno in parte preso lo spunto dalle statistiche sanitarie sulla gravidanza e il parto, che mostrano tassi piuttosto elevati di mortalità. Va

detto, tuttavia, che queste statistiche sono state in circolazione per molto tempo senza che suscitassero alcuna preoccupazione. Il fatto che oggi siano diventate importanti, che l'opinione pubblica presti loro attenzione dipende, a mio parere, dai mutamenti intervenuti nella società americana in seguito al movimento delle donne, al movimento dei consumatori e al modo radicalmente diverso in cui si concettualizza il significato dell'essere un paziente.

Per far fronte al problema degli alti tassi di mortalità si sono avanzate due proposte di segno opposto: da un lato si auspica una maggiore tecnologizzazione del parto, un più massiccio ricorso a mezzi farmacologici e chirurgici; dall'altro, si sostiene l'opportunità di ridurre l'uso di farmaci, di interventi chirurgici e, complessivamente, degli apparati tecnologici a favore di un ritorno ad un modo di partorire più fisiologico, più naturale, maggiormente incentrato sulla famiglia.

È importante riaffermare che le convinzioni e le pratiche che fanno parte di un sistema di nascita non sono un casuale miscuglio di elementi eterogenei ma, piuttosto, un complesso dotato di coerenza interna per cui la modifica di un elemento influenza in misura maggiore o minore tutti gli altri. Negli Stati Uniti, ad esempio, l'episiotomia è una pratica che gli ostetrici ospedalieri trovano del tutto normale. Se una partoriente giace in posizione litotomica, sdraiata sul dorso, con le gambe stese, e le sue contrazioni sono promosse dall'ossitocina, è probabile che si verifichi una lacerazione. In questo caso è più che ragionevole praticare un'episiotomia prima che la lacerazione si produca. Si noti che l'episiotomia presuppone che la donna giaccia in posizione litotomica: è evidente perciò come le due pratiche siano connesse e come si potenzino a vicenda. Naturalmente la conseguenza è che non ha senso pensare che si possa semplicemente interrompere la pratica dell'episiotomia. Per farlo sarebbe necessario modificare tutta una serie di pratiche connesse, a cominciare dalla posizione della donna durante il parto.

Uno dei risultati più interessanti delle ricerche di antropologia comparata è il vedere come un insieme di pratiche perfettamente logiche all'interno di un sistema appaiano prive di senso se lette secondo le logiche di un altro sistema. In Olanda, ad esempio, le ostetriche non praticano abitualmente l'episiotomia e trovano scandalosa la routine americana che ai loro occhi non ha alcuna giustificazione

poiché, sostengono, la maggioranza delle partorienti non va incontro a lacerazione.

In generale si può dire che i professionisti di ogni sistema sono sempre in grado di sostenere e dimostrare che il loro modo di agire è migliore di tutti gli altri. Nei sistemi medicalizzati la dimostrazione della superiorità delle proprie pratiche include sempre, oltre ad argomentazioni logiche e cliniche, una serie di statistiche biomediche. Gli ostetrici americani possono citare una serie di dati che dimostrano come l'episiotomia sia opportuna mentre, dal canto loro, le ostetriche olandesi sono in grado di far ricorso ad un insieme altrettanto ampio di statistiche che mettono in evidenza come la stessa pratica sia inopportuna. Le argomentazioni che si avanzano per giustificare la superiorità del proprio sistema si basano sempre sia su ragioni morali sia su ragioni tecniche. Nello Yucatan le donne Maya partoriscono abitualmente a casa assistite da una levatrice e i familiari inorridiscono di fronte a quel che avviene negli ospedali. In ospedale, raccontano, non vengono ammessi il marito, la madre e l'ostetrica della partoriente; la donna viene sistemata su un tavolo e la si costringe ad aprire le gambe; sopraggiunge quindi un uomo che guarda tra le gambe aperte, prende un paio di forbici e con queste taglia, apre la donna per far uscire il bambino. Accanto alla forte riprovazione morale testimoniata da questo resoconto può forse sorprendere che le popolazioni Maya avanzino anche consistenti obiezioni tecniche. Essi sostengono, ad esempio, che in ospedale le donne vanno soggette ad un maggior numero di infezioni a causa delle esplorazioni manuali praticate dai medici. Aggiungono che è molto meglio cauterizzare il moncone ombelicale del bambino con la fiamma di una candela, come essi fanno, piuttosto che disinfettarlo con alcool e mertiolato come usano i medici. Infine affermano anche che in caso di presentazione podalica è molto meglio provocare il rivolgimento con manovre esterne, così come fanno le loro levatrici, piuttosto che andare in ospedale per un cesareo.

Tratterò adesso brevemente di tre problemi tra loro strettamente connessi, vale a dire del luogo dove avviene il parto, degli strumenti tecnologici impiegati e delle persone che assistono al parto. È banale dire che il parto avviene in qualche luogo. Non è banale osservare che ogni parto ha luogo nel territorio di qualcuno. Se vengo a casa vostra sta a voi dirmi a che ora gradite la mia visita e una volta

arrivata mi dite dove posso sistemare il mio cappotto e il mio ombrello e mi indicate dove posso sedere. Sta a voi decidere se offrirmi qualcosa da bere o da mangiare così come siete voi a stabilire l'oggetto della conversazione o quel che faremo nel corso della mia visita. Io sono un ospite, non posso prendere quel che voglio, non posso muovermi liberamente nel vostro spazio, non posso neppure guardare tutto quel che vorrei. Anche per un semplice bicchier d'acqua o per andare in bagno ho bisogno della vostra autorizzazione. Il rapporto di ospitalità è chiaramente un rapporto di potere.

Una donna che partorisca in un territorio estraneo, ad esempio in ospedale, è soggetta alle medesime restrizioni e perciò non sorprende che la maggior parte delle donne preferisca partorire a casa, nel proprio spazio o almeno in uno spazio che conosce molto bene e in cui si sente a suo agio.

Dalle ricerche di antropologia comparata risulta che nella maggior parte delle società attuali le donne partoriscono a casa. In alcune società per partorire ci si reca a casa della propria madre oppure si sceglie un luogo familiare — un certo spazio nella boscaglia come nel caso delle donne Boscimani o la capanna mestruale delle donne in Nuova Guinea —. In ogni caso risulta chiaramente che nella maggior parte del mondo le donne non amano mettere al mondo i propri figli in luoghi estranei e sconosciuti. E non vi è dubbio che uno dei territori che possono risultare più estranei e sgradevoli ad una donna sana e normale sia l'ultratecnicizzato ospedale dei nostri paesi economicamente avanzati. In ospedale la donna ha scarsissima libertà di movimento, viene privata del sostegno emotivo dei propri familiari ed amici, ha pochissimi diritti da far valere. A casa, viceversa, la partoriente si trova nel proprio ambiente abituale e ciò fa sì che l'evento-parto si normalizzi. Dai nostri studi risulta che le donne che partoriscono a casa interrompono le proprie attività e il proprio lavoro molto più tardi delle donne che mettono al mondo i propri figli in ospedale; all'inizio del travaglio la loro attenzione non è totalmente concentrata su quel che succederà nel corso del parto e, nel complesso, il loro atteggiamento è meno infantilizzato di quello delle partorienti ospedaliere, è più responsabile, tanto che molto di rado le si tratta come se non fossero in grado di badare a se stesse. La partoriente che si reca in ospedale, d'altra parte, viene definita paziente, il parto è trattato come processo patologico, qualunque potere decisionale viene sottratto alla donna a favore della classe medica.

Passando a trattare del secondo punto, e cioè delle persone che possono e devono essere presenti sul luogo del parto, c'è da dire che questo aspetto del sistema di nascita è sempre regolato da norme culturali. Almeno in astratto vi è la possibilità che chiunque possa assistere al parto. In realtà ciò non avviene in nessuna società conosciuta. Esiste, invece, la regola opposta, vale a dire che nessuno possa esser presente alla nascita. Una regola del genere è sempre dettata da motivazioni culturali fortissime. Un esempio può chiarire meglio questo punto. Tra i Bariba del Benin rurale nell'Africa occidentale vi è una netta preferenza per un parto senza testimoni tanto che dal 40 al 60% delle donne partorisce da sola. Questo fatto può essere spiegato se si tien conto che nella società Bariba le donne hanno il controllo delle pratiche magiche. Quando una donna partorisce essa può mettere al mondo o un bambino o una strega. Esistono dei segni da cui la donna può riconoscere se la sua creatura è l'una o l'altra cosa. Se la creatura è una strega essa va uccisa: la donna preferisce prendere da sola questa importante decisione di modo che essa possa sempre sostenere di aver dato alla luce un bimbo morto piuttosto che ammettere di aver commesso un infanticidio. Una funzione latente della pratica è naturalmente il fatto che in tal modo le donne controllano non solo quante streghe debbano sopravvivere ma anche quanti bambini ciascuna donna alleverà. In altre società il partorire in solitudine può esser visto come prova di coraggio da parte delle donne: ciò è frequente nelle società in cui la parte maschile della popolazione è composta di guerrieri. La prova stabilisce e sottolinea una sfera di competenza ed azione femminile equivalente ad una sfera maschile corrispondente.

Si diceva prima che ogni cultura stabilisce che *genere* di persone debbano assistere al parto. A questo riguardo è di grande interesse vedere quali conseguenze si producono a seconda che le norme culturali stabiliscano che ad assistere la partoriente siano o meno degli specialisti. Gli specialisti più conosciuti sono probabilmente i medici del nostro tipo di società ma si possono trovare in tale veste anche guaritori, sciamani e preti. I non specialisti sono semplicemente i familiari e gli amici della partoriente. Nei nostri sistemi medicalizzati coloro che assistono al parto sono in maggioranza o esclusivamente degli specialisti. Nella maggior parte delle altre società conosciute il rapporto specialisti — non specialisti è massicciamente a favore di questi ulti-

mi e il caso più frequente, come risulta dalle ricerche di antropologia comparata, è che l'assistenza al parto sia compito di donne esperte, normalmente parenti o amiche. Detto altrimenti, nella maggior parte delle società umane si preferisce che la partoriente sia assistita da donne, particolarmente da donne che abbiano esse stesse partorito.

I sistemi dominati dagli specialisti si caratterizzano per certi tratti che hanno conseguenze rilevanti per il travaglio e il parto. La stessa presenza di uno specialista sta ad indicare e a comunicare che vi è qualcuno che ha conoscenze superiori riguardo all'evento. Tutte le decisioni operative vengono prese sulla base dell'autorità delle conoscenze specialistiche che comprendono strumenti, procedure, talvolta rituali, che non sono né possono essere adeguatamente condivisi dalle altre persone presenti alla nascita. Ognuno di noi, ad esempio, può essere in grado di dire cosa sia un monitor fetale ma altra cosa è l'interpretazione dei tracciati. Accade così che il corpo della donna diventi una fonte di dati da cui si ricavano indicazioni tramite esami vaginali, ultrasuoni, analisi di laboratorio, utilizzo di macchinari e così via. L'interazione tra partoriente e chi assiste diventa insignificante: le opinioni della donna, i suoi sentimenti, il modo di sperimentare la sua condizione possono esser presi in considerazione per pura cortesia ma non hanno alcun peso effettivo, produttivo di qualche conseguenza. È lo specialista che prende le decisioni importanti, è a lui che andrà il plauso o il biasimo, è lui che riceverà gli eventuali ringraziamenti: in breve, è allo specialista che appartiene il parto e, incidentalmente, il suo prodotto.

Nei sistemi in cui l'assistenza viene prestata da non specialisti, invece, il ruolo di fonte autorevole di conoscenza viene esercitato dalla partoriente che man mano comunica ai presenti l'evolversi della situazione. Nello Yucatan abbiamo trovato un complesso sistema di comunicazioni che permette a tutti i partecipanti di avere accesso alle informazioni più importanti. L'assistente principale, che può essere una delle donne presenti o il marito, sostiene la partoriente col proprio corpo e tramite la pressione che le braccia della donna esercitano sul suo collo può percepire un equivalente delle contrazioni e valutarne, come la donna stessa, l'intensità. Se sorge qualche problema le decisioni non vengono prese da uno specialista — che del resto *non* c'è — ma da tutti i presenti, la partoriente, la levatrice, le donne presenti che hanno a loro volta messo al mondo dei bambini ed hanno assistito ad altri parti.

Il *videotape* che ora vi mostrerò illustra un modo di partorire che si può considerare tipico delle società non medicalizzate, delle società tradizionali in cui la nascita è ancora un evento che si svolge all'interno della famiglia e che riguarda la comunità delle donne. Poiché la nascita non è un evento medico e dunque non è un processo patologico, essa viene semplicemente considerata come un importante momento del ciclo vitale di ogni donna. Chi si occupa del parto è il gruppo familiare, più precisamente la parte femminile della famiglia. Un parto tradizionale nello Yucatan si svolge in casa, in un ambiente cioè che la donna sente suo; essa può partorire nell'amaca dove dorme ogni notte oppure può sedere su una sedia o, talvolta, stare in ginocchio sul pavimento, con le braccia che circondano il collo di colui o colei che l'assiste. Tra gli indiani Maya è prescritto che al parto debbano essere presenti la madre della donna e il padre del nascituro. Il padre è normalmente l'unico maschio presente perché gli uomini sono in genere esclusi dall'avvenimento. È presente, inoltre, un'ostetrica, vale a dire una levatrice empirica che in qualche caso ha ricevuto alcuni rudimenti della medicina occidentale. Se il parto è difficile, se si protrae, se si tratta di una primipara ed ogniqualvolta si presenti qualche problema compaiono altre donne della famiglia: la suocera, le sorelle, le cognate, la madrina e così via. Nel *videotape* che vi mostrerò è registrato un parto molto facile: si trattava del quarto figlio e la coppia era già molto esperta. Quando, a notte inoltrata, io, la mia collaboratrice e l'ostetrica arrivammo nell'abitazione della coppia il bambino stava quasi per nascere. Non vi potrò mostrare, dunque, il sistema di solidarietà nella sua completezza. Le uniche persone presenti a questo parto sono la levatrice, la madre della partoriente e il padre del bambino.

Le prime immagini che vedete mostrano quel che accadeva venti minuti dopo la conclusione del parto. La donna è già tornata a sdraiarsi nella sua amaca e di fronte a lei c'è ancora la sedia che ha adoperato per partorire. Il padre ha fatto entrare il più piccolo dei bambini che in precedenza piangeva nella stanza accanto. Sulla sinistra c'è la madre della donna. La levatrice sta seduta su uno sgabello basso intenta a fasciare il neonato. Indossa una cuffia e un vestito, l'uniforme che ha ricevuto qualche anno fa in occasione di un corso professionale organizzato dal governo. Una volta fasciato, il neonato viene dato al padre che, come potete vedere, si mostra assai soddi-

sfatto e orgoglioso. La madre a questo punto comincia ad allattare e lo farà ogni volta che il bambino lo richiede. Da questo momento e per sette giorni la madre e il bambino staranno assieme nell'amaca.

Ora che tutto è in ordine il resto della famiglia può entrare a dare il benvenuto al nuovo nato. Entrano il nonno e gli altri bambini tra cui la bimba di sei anni e mezzo che si occuperà del neonato quando la madre tornerà al suo lavoro. Questa bambina ha atteso con ansia la nascita, ora è felice perché questo è il suo bambino.

Adesso vedremo il parto vero e proprio, che sarà molto veloce. La donna avrà cinque contrazioni, dopodiché il bambino sarà nato. Potete vedere la posizione della partoriente, che sta seduta su una sedia coricata per traverso. Anche la levatrice sta seduta. Fa molto caldo ma a questo punto la levatrice deve indossare la sua uniforme. Al suo fianco ha una borsa da ostetrica dell'UNICEF dove tiene tutto quel che può occorrerle. Dalla borsa prende un grembiule di plastica che si accinge ad indossare. Potrete notare che il perineo non è mai visibile. Non c'è, nel parto delle indiane Maya, nessuna esposizione genitale. Qui le persone sono molto sensibili a quel che chiamano *veignenza* — modestia. Anche l'ostetrica non guarda mai ma si limita a sentire la progressione della testa del bambino con le mani coperte da un panno pulito. In questo momento la partoriente ha una contrazione ma il suo aspetto è molto diverso da quello delle donne americane che ho ripetutamente osservato. Nei primi tempi, e sino a quando non ho avuto modo di assumere la posizione di assistente principale — la posizione che in questo momento è del marito — mi era molto difficile capire quando una donna Maya avesse una contrazione. Vorrei ricordarvi che per quasi tutto il travaglio l'assistente principale è una donna: solo quando si avvicina la fase espulsiva interviene il marito. Le donne si danno il cambio e così anche io, come antropologa partecipante, ho svolto questo compito. Quel che si può sentire quando si è alle spalle della donna, con le sue braccia attorno al collo, è il suo aggrapparsi nel momento della contrazione, tanto più intensamente quanto più forte è la contrazione. Naturalmente anche la levatrice avverte la contrazione dalla tensione delle gambe. Se si guarda con attenzione la partoriente si può vedere come all'inizio della contrazione i suoi gomiti si flettano nello sforzo di aggrapparsi al collo dell'assistente. Anche sul suo viso c'è una strana espressione che noi chiamiamo il «sorriso di spinta». L'insieme di questi

segni costituisce quanto è opportuno e necessario tener d'occhio durante un parto tra i Maya. Ora la levatrice sente sporgere la testa del nascituro e si affretta a preparare quanto le è necessario. Contemporaneamente potete vedere i gomiti della partoriente che si distendono e la testa di suo marito che si raddrizza, segno che la contrazione è cessata.

Vorrei che prendeste nota del modo in cui queste persone si scambiano le informazioni su quel che sta avvenendo nella donna. Tutti vengono a conoscenza contemporaneamente delle stesse cose. Talvolta, alla domanda della levatrice «È finita»? — «*Mani?*» in linguaggio Maya — rispondono sia la donna sia il marito, entrambi in grado di farlo. Incidentalmente va detto che questa è una cultura a bassa espressività: le persone non si lamentano, non gridano, non mostrano segni di dolore. Anche l'espressione della gioia è molto sobria.

La levatrice chiede dell'acqua calda che viene portata in un bricco dalla madre della donna, che reca in braccio anche il nipotino, che ha pianto per gran parte della notte. La partoriente a questo punto ha un'altra contrazione e spinge. Spinge in modo molto diverso dalle donne americane; spinge con grande energia: trattiene il respiro e spinge, respira profondamente e spinge ancora ed il marito, a cui la donna si aggrappa, partecipa alla spinta. Potete sentire la levatrice che dice: «Spingi adesso, spingi forte, sta uscendo, avanti!». Fra un momento vedrete la testa del bambino. Adesso la donna sta spingendo molto forte, anche se forse per voi è difficile rendervene conto. Ecco che il bambino scivola fuori, piange, è nel grembo della levatrice.

Vorrei che per un momento consideraste la vostra reazione alla comparsa del neonato. Ogni volta che mostro il *videotape* noto che a questo punto gli spettatori sorridono, si muovono, quelli che fino a un momento prima tenevano gli occhi fissi sullo schermo cominciano a parlare tra di loro: è chiaro che è avvenuto qualcosa di importante. Tutto ciò è una palese dimostrazione di come la nascita di un bambino susciti, nelle nostre società, una reazione molto forte: il bambino è nato, ci rallegriamo e sentiamo che è perfettamente naturale che tutti provino sollievo e gioia. Quel che ci appare così naturale, tuttavia, non è affatto naturale ma culturale.

Guardate quel che succede nel filmato o, meglio, quel che non succede. Non vi è nessuna reazione, tutti mantengono la posizione di prima. La donna continua a circondare con le braccia il collo del

marito ed entrambi non fanno alcun tentativo di vedere il neonato che, in grembo alla levatrice, è fuori dalla loro vista; nella posizione in cui si trovano possono solo sentirlo piangere. È chiaro che per queste persone l'acme dell'evento non è ancora giunto. L'azione ha esattamente gli stessi connotati di prima che il bambino nascesse. Potete vedere l'ostetrica che sente se le pulsazioni del cordone ombelicale sono cessate. L'ostetrica massaggia leggermente il fondo dell'utero ma taglierà il cordone solo quando la placenta verrà espulsa. C'è la credenza, tra gli indiani Maya, che se il taglio avvenisse prima dell'espulsione della placenta il cordone ombelicale potrebbe rientrare nell'utero e trascinarvi dentro qualche spirito maligno o aria fredda che potrebbero fare del male alla donna. Adesso entra nella stanza la madre della partoriente. Per tutto il tempo del travaglio e della nascita questa donna si è occupata del nipotino ed ha sfaccendato nelle altre stanze: il suo ingresso è il segno che il momento difficile è *questo*, e non la nascita. Ovviamente i timori sono legati alla placenta. Un incidente al bambino sarebbe grave ma non irrimediabile dato che la donna potrebbe sempre mettere al mondo altri figli; ma se accadesse qualcosa alla donna sarebbe un'autentica tragedia. L'attenzione e la preoccupazione è dunque per la donna e non per il bambino. Forse potete sentire il gocciolio del sangue, ora. Lo sentite? Ciò probabilmente indica che la placenta si è staccata; gli indiani tuttavia non lo sanno e per loro questo intervallo di tempo, fino all'espulsione della placenta, è il più pericoloso. Aspettano, aspettano, sempre più preoccupati. Nonostante l'ansia la levatrice non farà mai trazioni sul cordone ombelicale. Essa siede in attesa, con molta pazienza, come tutti gli altri. Anche a me è capitato una volta di sedere, come apprendista ostetrica, e reggere il cordone ombelicale per più di tre ore, in attesa della placenta. Quando il ritardo si prolunga le donne Maya intervengono in vari modi. Ad esempio, danno alla donna del sale, come in questo momento sta facendo la madre della donna. Oppure le fanno inghiottire un uovo crudo, che essa immediatamente rigetterà: i conati del vomito stimolano le contrazioni. Potete ora notare la preoccupazione della madre della donna, che non si muoverà dalla stanza sino alla fine. Per noi, che abbiamo i mezzi per far fronte ad un'eventuale emorragia, è ormai difficile renderci conto sino in fondo dello stato d'animo di queste persone. Ma per i Maya, lontani da qualunque presidio medico, questo è davvero il momento pericoloso in cui la donna rischia la vita.

Un'altra iniziativa che la levatrice può prendere per facilitare il secondamento è che la puerpera cambi posizione e si sieda. Questo è naturalmente un ottimo espediente se la placenta è già staccata e si trova nel canale del parto. Ma è un intervento utile anche altrimenti: nel sedersi la madre è in grado di vedere per la prima volta il suo bambino e noi sappiamo che la stimolazione visiva provoca la produzione di ossitocina e dunque le contrazioni uterine; è questa una pratica che si ritrova in molte culture. Un'altra pratica molto diffusa — che non troviamo tuttavia tra i Maya — è di attaccare il bambino al seno della madre: anche in questo caso si ha produzione riflessa di ossitocina. Ecco che la placenta viene. La levatrice la torce per far sì che l'espulsione delle membrane avvenga per intero, controlla che sia completa e la mette nella bacinella al suo fianco, in attesa che il padre la porti via e la sotterri. E adesso prende le forbici per tagliare il cordone ombelicale. Sono forbici non sterilizzate. Le procedure di sterilizzazione insegnate nei corsi governativi non vengono mai sufficientemente spiegate o comprese. Viene detto che i ferri si sterilizzano facendoli bollire ma quasi mai si aggiunge che l'acqua deve bollire per almeno venti minuti. Comunque in questo caso l'acqua calda non è stata adoperata, neppure per lavarle.

Per ultimo vi mostrerò alcune immagini del bagno del neonato. Lavare per la prima volta il neonato è compito dell'ostetrica. I Maya tengono molto alla pulizia, sono essi stessi molto puliti e fanno il bagno ogni giorno: anche il neonato, dunque, va lavato immediatamente dopo la nascita. C'è adesso un'atmosfera lieta e rilassata, anche la nonna ora è molto felice. Anche qui, come pressoché in ogni cultura, questa è una occasione per battute scherzose a contenuto sessuale, che prendono spunto dal sesso del neonato. Forse potete sentire l'ostetrica che dice in spagnolo, in modo che anch'io capisca — fino a poco prima aveva parlato in lingua Maya — : «Estoy jugando huevos», con evidente riferimento ai testicoli del bambino. Se il nuovo nato fosse stata una bimba a questo punto le avrebbero bucato le orecchie. I maya sostengono che se questo vien fatto entro mezz'ora dalla nascita la bambina non sentirà alcun dolore.

Penso che la proiezione si possa interrompere qui. Dopo il bagno l'ostetrica cauterizzerà il moncone ombelicale alla fiamma di una candela, spiegando che questa procedura impedisce che i bambini muoiano di convulsioni, probabilmente di tetano neonatale; è evidente

quanto sia opportuna tale pratica specie dopo l'utilizzazione di forbici non sterilizzate.

Sono molti e diversi gli insegnamenti che si possono trarre da un *videotape* come questo. Quel che io vorrei ancora una volta sottolineare è la specificità culturale di ogni pratica e la conseguente impossibilità a trasferire automaticamente una certa procedura da una società all'altra. Così come è pressoché impossibile far adottare i nostri sistemi medicalizzati ad una cultura come quella degli indiani Maya — ad esempio la sterilizzazione delle forbici — così sarebbe altrettanto difficile introdurre le posizioni di parto delle indiane Maya nell'ostetricia occidentale. Io spero, tuttavia, che filmati come questo possano servire a renderci mentalmente più flessibili, a considerare con maggiore apertura quali cambiamenti potrebbero e dovrebbero essere introdotti nei nostri sistemi ostetrici.

(*Traduzione a cura di Anna Oppo*).

IL PARTO NELLA SARDEGNA TRADIZIONALE
di *Luisa Orrù*

Premessa

Quel che dirò è stralciato da un discorso sulla sequenza riproduttiva (coito-concepimento, gestazione, parto-puerperio, allattamento) nel mondo tradizionale sardo che vado costruendo da tempo.

Ho condotto spogli di fonti bibliografiche otto-novecentesche edite ed inedite [1]. L'ordinamento repertoriale dei dati tratti da queste fonti e relativi a diverse zone dell'Isola (Sassarese, Gallurese, Nuorese, Planargia, Marmilla, Campidano, Sarrabus e Trexenta) mi ha permesso di fare un primo bilancio delle conoscenze sui vari momenti della sequenza.

Accenno rapidamente alle motivazioni che mi hanno spinto all'indagine sul campo (ho saggiato un po' la Marmilla e il Gerrei e assai di più il Sulcis-Iglesiente) e alla metodologia della ricerca. Innanzi tutto il desiderio di sondare un tema, come quello delle nozioni tradizionali di fisiologia e patologia della riproduzione, quasi del tutto inesplorato. Poi il desiderio di indagare sullo stato attuale di riti, cerimonie, credenze, di cogliere questi aspetti in un momento particolare del loro divenire, tra passato e futuro. Poi ancora l'esigenza, e il tentativo, di ovviare alle decontestualizzazioni presenti nella documentazione bibliografica, di ri-connettere riti, cerimonie, credenze — sono questi in realtà gli aspetti più osservati del ciclo — alle condizioni materiali di esistenza, alla posizione sociale, alle valutazioni, interpretazioni, argomentazioni dei fruitori. Decontestualizzazioni che radicano nell'irrealtà, nell'astoricità, nell'onirico il processo riproduttivo.

Questo particolare bagaglio di motivazioni ed esigenze conoscitive mi ha portato, e mi porta ancora, a privilegiare nell'inchiesta il racconto di vita vissuta, il racconto biografico.

Procedo in questo modo. In un primo momento cerco nelle persone soltanto una disponibilità di massima alla narrazione, al racconto della loro vita. Solo in un secondo momento tematizzo con esse l'argomento dell'indagine e le invito a soffermarsi sulla propria biogra-

fia sessuale (prima mestruazione, rapporti sessuali, concepimenti, aborti, parti, menopausa). In un momento ancora successivo indago sullo stato attuale delle credenze e dei comportamenti con un'intervista articolata sulla base dei materiali offerti dai precedenti racconti.

Mi muovo dunque nella dimensione del cosiddetto «parlato libero» e avverto tutte le difficoltà che provengono da un approfondimento ancora insufficiente, a livello disciplinare, degli statuti documentari di prestazioni verbali quali il racconto di vita, la biografia, il dialogo informativo [2].

1. Le sequenze tipo del parto

Le sequenze tipo del parto sono condizionate essenzialmente da alcuni fattori: la paternità, il potere maschile e la condizione economica.

Vi sono parti legittimi e parti illegittimi.

La donna è socialmente obbligata a non volere e a non avere figli se non è sposata, a volerli e ad averli se è sposata. Massimo Livi Bacci, nel suo studio sull'andamento della fecondità italiana negli ultimi due secoli, ha mostrato come l'illegittimità non vi abbia mai avuto una parte importante e come il processo riproduttivo in Italia, al pari di molti paesi europei, si compia essenzialmente nel matrimonio [3]. La Sardegna non si discosta da questo quadro generale. Perché non si mettano in atto le sanzioni sociali previste in caso di illegittimità è necessario che la donna se non partorisce da sposata abbia la certezza o almeno l'attendibile possibilità di un matrimonio riparatore.

La sequenza relativa alla nascita illegittima si caratterizza nel senso del capovolgimento, del rovesciamento rispetto a quella della nascita legittima. Nessun preparativo per il parto, e dopo l'evento nessun annuncio, niente visite, niente inviti o banchetti [4]. Se nel caso di una nascita legittima la puerpera non presenzia al battesimo, nel caso di quella illegittima — così almeno è segnalato in alcune zone — è la puerpera che accompagnata dalla propria madre porta il bambino in chiesa. I padrini non sono oggetto di scelta, poiché la richiesta di imparentamento spirituale con un bimbo illegittimo suonerebbe per chiunque un'offesa, ma sono reperiti a caso, sul momento. La donna poi non può purificarsi se non molto tempo dopo la data consueta prevista per la cerimonia.

E vi sono parti poveri.

Una casa e una figura che assiste la partoriente sembrerebbero il *minimum* invalicabile. Ma non è così, le fonti orali, e non solo sarde[5], offrono immagini di donne che partoriscono in solitudine, in casa o anche in campagna. L'avventurarsi in campagna, nell'imminenza del parto, è proprio di donne in estrema miseria e non primipare, con l'esperienza di altri parti. Il parto in solitudine, in casa, è in genere in rapporto con la residenza in campagna o anche, nei paesi, con la casualità di assenze improvvise dei parenti nelle ore notturne.

Ecco la vicenda di due donne analfabete, oggi oltre gli ottant'anni.

Francesca vive nel Sulcis, in campagna, si sposa due volte, dal primo marito ha cinque figli, dal secondo due. Quando resta vedova, negli anni Quaranta, continua l'attività di levatrice empirica, che già avevano svolto la madre e la nonna. La interrompe soltanto negli anni Sessanta. È assistita dalla madre solo nel primo parto, gli altri avvengono in solitudine:

«... li ho fatti tutta da sola... sola, sola, sola, neanche mio marito, sola come una pietra... come se niente fosse. Al terzo giorno mi alzavo dal letto per lavarmi la roba, facevo il da farsi in casa, facevo di tutto ...»[6].

Alle prime doglie sistema la casa, prepara il letto su cui si trasferirà col bambino, appronta l'occorrente per il parto: una stuoia con sopra una coperta e un panno bianco da bucato, una sedia, forbici, cenere, sale, spago, filo bianco, recipienti di acqua fatta bollire, panni bianchi per sé e per il bambino. Nell'ultima fase della dilatazione si inginocchia sulla stuoia, a gambe divaricate. Quando è giunto il momento spinge aiutandosi col serrare dei calcagni contro le natiche e aggrappandosi alla sedia. Aiuta la fuoriuscita del bambino e quindi lega in due punti il funicolo ombelicale, in uno con del filo bianco (più capi attorcigliati), nell'altro con dello spago, poi lo taglia nel mezzo con le forbici, separando così da sé il bimbo. Lega quindi lo spago che tiene il funicolo ad una gamba e aspetta il secondamento. Quando questo è avvenuto, si lava, si sistema coi panni, si fascia, lava il bambino, gli mette un po' di sale sulle labbra e sulle palme delle mani in segno di buono augurio, un po' di cenere finissima sul moncone del cordone per favorire la cicatrizzazione, e sulle ascelle e sui genitali contro gli arrossamenti. Ricopre quindi il bambino con un panno e lo porta con sé sul letto.

Adele vive in un piccolo centro dell'Iglesiente. Rimane incinta di un ragazzo inviso al padre che parte per la guerra senza sposarla. Il padre la maltratta e la picchia diverse volte. Al momento del parto egli è fuori casa per ragioni di lavoro, in una località vicina. Adele partorisce su una stuoia, per terra, assistita dalla madre che esercita sporadicamente come empirica. La bambina nasce morta. Il nonno materno va ad informare il genero che decreta che al suo rientro in casa non vuol trovarvi né la figlia né la moglie. La neonata, non battezzata, viene posta in una bara improvvisata e portata dal nonno al cimitero. Dopo il parto Adele si alza, va in casa del nonno e si corica lì:

«... sono rimasta un giorno, il giorno dopo mi sono alzata senza avere assistenza, eravamo come bestie ...».

Al terzo giorno decide di trasferirsi da una zia residente in una località a sette chilometri di distanza, ma prima, alla vista di un mastella pieno d'acqua, sentendosi sporca, è presa dal desiderio di lavarsi. Lo fa e si prende una bronchite. Quando giunge stremata nella sua nuova casa, la zia chiama il medico e la fa curare. Dopo Adele decide di collocarsi a servizio e viene presa dalla madrina di battesimo. Quando torna dalla guerra il fidanzato la sposa e lei mette al mondo altri sei figli. Ma per questi parti ha ora l'assistenza normale e la possibilità di stare prima a letto e poi, una volta in piedi, di continuare a stare in casa per il lasso di tempo consueto prima della purificazione. Rimasta vedova negli anni Quaranta inizia a praticare come empirica e prosegue l'attività fino agli anni Settanta.

Questi squarci biografici dan corpo agli schemi parto povero legittimo, parto povero illegittimo. Siamo negli anni che vanno dal Venti al Quaranta. Partorire «*sola kument'e una pedra*», «*a trass'e bestiasa*», «*kene tenni kurretsioni*», sola come una pietra, come le bestie, senza aver assistenza, significa soprattutto rischiare la vita.

2. I molti parti delle donne sposate

Vi sono forti rispondenze fra la condizione della maternità come risulta dai racconti biografici e come è delineata nello studio che Francesco Coletti dedica nel 1908 all'andamento della mortalità infantile nella Sardegna tra fine Ottocento e principio del Novecento. Lo studioso cerca di spiegare perché la mortalità dei bambini legittimi e illegittimi sia inferiore in Sardegna alla media italiana e a quella

di molte regioni nei primi due anni di vita per poi subire una brusca impennata. Premesso che il regime demografico sardo è caratterizzato da un numero relativamente scarso di matrimoni, dall'età piuttosto elevata in cui vengono celebrati, da un intenso sfruttamento della fecondità femminile, Coletti individua nella distanza ravvicinata tra i parti, che portano le donne a concentrarsi sul nuovo nato distogliendo le attenzioni dagli altri figli, e nella scarsa e cattiva alimentazione durante lo svezzamento le cause del forte ed improvviso aumento della mortalità alla fine del secondo anno di vita.

Coletti attribuisce alla donna il desiderio di un controllo della propria fecondità per semplice istinto di sopravvivenza. Solo che l'unico mezzo di controllo che le è consentito, il prolungamento dell'allattamento — talora fino ai tre anni ed oltre, persino a sei — si ritorce contro lei stessa. Le donne «si logorano nel generare e soprattutto nell'allattare molto a lungo i figlioli» e questo, unito alle misere condizioni di esistenza determina una mortalità femminile nel periodo fecondo alquanto superiore alla media italiana. Vi concorre, ma non è la causa prima, la scarsissima assistenza ostetrica, per cui la Sardegna «sta al gradino estremo, al gradino più basso di tutte le regioni italiane» [7].

La situazione descritta dal Coletti continua per alcuni decenni. Ancora nel 1931 l'andamento della fecondità è nell'Isola pari all'incirca a quella italiana prima dell'inizio del processo di transizione da alta a bassa fecondità e ancora nel 1961 la Sardegna è la regione a fecondità più alta. Anche in Sardegna poi, come nelle regioni meridionali, si rileva un andamento scarsamente divaricato della fecondità nelle città e nelle campagne e tra i diversi strati sociali [8].

Se il rischio di morte delle donne e dei bambini cresce con la miseria e con la fame, non vi sono dunque, fino a tempi molto recenti, differenze notevoli nell'eventualità di esser messe incinte tra cittadine e contandine, tra povere e ricche. E i racconti biografici narrano di donne che hanno corpi che non possiedono e ai cui frutti, aborti e parti, si guarda spesso con distacco, sorpresa e meraviglia. Le donne attribuiscono in genere a sé stesse il desiderio del controllo della propria fecondità. Lo si tenta, quando il marito non accetta di praticare il *coitus interruptus*, prolungando il più possibile l'allattamento, e anche le fonti orali come già Coletti, segnalano un prolungamento dell'allattamento fino ai tre anni ed oltre.

3. Presenze sulla scena del parto

Ancora sulle vicende di Francesca e di Adele. Si tratta di due donne che, rimaste vedove, tra le altre attività scelgono di praticare anche come levatrici empiriche per procurarsi di che vivere. I loro propri parti avvengono su una stuoia. Ad assisterle è la madre, con la coincidenza in questo caso di due figure che vicino alla partoriente compaiono abitualmente distinte, la madre appunto e l'empirica.

Le fonti bibliografiche attestano che il gruppo intorno alla partoriente è costituito in un primo tempo da donne strettamente imparentate con lei (madre, suocera, sorelle, cognate), o da vicine di casa con cui è in confidenza, dal marito e, in casi di urgenza e di possibilità di accesso, dal medico. In un secondo momento al posto dell'empirica, o anche insieme con lei, si menziona l'ostetrica diplomata.

a) *Donne sposate*

Le donne che assistono le partorienti devono essere sposate, non può assistere al parto una nubile. L'ostetrica, quando sopraggiunge sulla scena del parto, crea imbarazzo perché può non essere sposata. Il fatto è motivato con una pretesa di assoluta ignoranza sessuale nelle nubili. Lo stesso dialogo tra la nubile e la madre su quest'argomento non dovrebbe esistere, come anche quello tra la nubile e le altre donne in genere. La curiosità della nubile in fatto di sessualità è stigmatizzata come leggerezza.

È il fidanzato-marito il solo delegato ad informare la fidanzata-moglie su sesso e generazione ed è a lui che si riconosce l'arbitrio di farlo come e quando lo ritenga opportuno. Sono numerose le testimonianze di donne che sono arrivate al primo rapporto senza saper niente di sesso e persino al primo parto senza sapere come nascerà il bambino.

Il parto segna un traguardo importante per una donna anche perché sancisce il suo diritto a sapere e a dire di sesso.

b) *Il marito*

Dato che è al fidanzato-marito che si riconosce il diritto al sapere e al potere in fatto di sessualità, ed è lui che deve iniziare la fidanzata-moglie, non sorprende di ritrovarlo presente sulla scena del parto.

Giuseppe Vidossi avanza l'ipotesi che si possano individuare in Italia due zone a seconda della presenza o dell'assenza del marito sulla scena del parto: rispettivamente quella centro-settentrionale e quella meridionale [9]. La Sardegna si allineerebbe alle regioni centro-settentrionali. Le fonti orali, infatti, attestano generalmente che il marito quando la moglie partorisce sta in casa, a meno che non sia fuori paese, e può anche assistere attivamente al parto. La moglie gli si aggrappa per spingere, egli può sollevarla per farle fare i saltelli che provocano il secondamento, e può porgere panni, portare acqua calda ecc... È il marito poi che si occupa del trattamento e dell'eliminazione della placenta. Questa è vista in alcune zone come la prima madre del bambino, sì che se non la si elimina può andare in cerca del bimbo, nuocendo alla madre seconda. In assenza del marito può eliminare la placenta una qualsiasi delle assistenti.

Le fonti orali segnalano talora alcune condizioni o divieti alla presenza del marito, come quello di non stare ai piedi della partoriente per non protrarle il travaglio, o di non stare affatto nella stanza se sul petto ha una peluria che richiami l'immagine della croce. Non forniscono però alcun riscontro a tre diversi comportamenti dello stesso marito segnalati da fonti bibliografiche ottocentesche: lo stendersi vicino alla puerpera e il pasto in comune dopo il parto, i suoi lamenti durante il parto, la fuga dalla casa dopo aver appeso all'uscio dei pantaloni che vengono quindi bastonati da parenti e amiche della partoriente [10].

Al di là dei problemi di interpretazione di questa o di quella usanza, allo stato attuale delle conoscenze, le assenze cerimoniali del marito dalla scena del parto si staccano isolate in un contesto di diffusa abitudine alla sua presenza.

Che la presenza del marito sulla scena del parto potesse essere fonte di imbarazzi lo sappiamo dai racconti biografici. Ma non per il tradizionale gruppo intorno alla partoriente, bensì per la nuova e più recente presenza: l'ostetrica. Soprattutto se giovane, essa può vergognarsi ed inibirsi per la presenza di un uomo che non sia il medico. Sono le ostetriche, comunque, che tendono ad allontanare il marito dalla scena, così come cercano di limitare il numero delle assistenti, avvertite come frastornanti ed impaccianti. Con loro, e col marito, si sente invece del tutto a suo agio la levatrice empirica.

c) *La levatrice empirica*

Ho già ricordato come Coletti, all'inizio del Novecento, lamenti la scarsissima assistenza ostetrica nell'Isola. L'avvio massiccio della penetrazione delle ostetriche nelle campagne non si ha infatti che a partire dagli anni Trenta, quasi un secolo dopo quella dei medici [11].

Anche nella documentazione demologica si possono marcare i tempi d'avanzata delle ostetriche e rinvenire notazioni che colgono tratti del profilo professionale delle empiriche.

Negli anni Venti, riferendosi genericamente alla Sardegna meridionale, Pietro Maria Cossu menziona ancora soltanto le empiriche:

«... la partoriente è in pieno possesso della levatrice che, nei paesi di campagna, è una donna del popolo, senza istruzione ma molta esperienza».

Negli anni Quaranta Maria Azara registra per la Gallura:

«Al parto assiste, dove e quando è possibile, la levatrice o, in sua mancanza, una mammana, una donna pratica che è chiamata *aggiutadora* (aiutatrice), la quale provvede a quanto è necessario, compresa la prima fasciatura del bambino».

Delia Mameli per il Sarrabus degli anni Settanta nota come l'uso di partorire su una stuoia vada scomparendo proprio in connessione con la sostituzione delle empiriche da parte delle ostetriche diplomate. La figura dell'empirica, *sa maista de pattusu*, è così delineata:

«... è sempre una donna anziana, vedova, già madre di famiglia, ritenuta capace alla bisogna»; «... è unica in ogni comune, ritenuta, a giudizio dei più, provetta nel mestiere».

Non mancano, al di là della caratterizzazione generale dell'empirica come donna del popolo, senza istruzione, vedova, madre di famiglia, anziana con molta esperienza, generalmente provetta nel mestiere, le ironie sulla sua presunzione, la furbizia interessata, la tendenza all'ubriachezza. E attraverso la citazione ironica di questo o quell'episodio si aprono per noi molti spiragli conoscitivi sulla gamma svariata delle loro pratiche, magiche, divinatorie ed empiriche [12].

Il distacco ironico degli autori nei confronti dell'empirica sembra effetto più di un pregiudizio culturale o di classe che di opinioni correnti a livello popolare. Alle quali si richiama invece esplicitamente Vittorio Angius, a metà Ottocento:

«Il mestiere delle levatrici è in poco onore perché ritenuto poco onesto, disonorevole, vile (come quello dei becchini e dei fabbricanti di stoviglie); a Osilo sembra che il disonore si estenda ai discendenti, perciò nella provincia di Nuoro le levatrici sono dell'infima classe».

Per la zona di Busachi l'Angius ricorda che i parti sono assistiti da «certe brutte streghe» che fanno «le medichesse» [13]. Le zone e le località citate dall'Angius riguardano soprattutto l'area del centro-nord dell'Isola. Anche Francesco Poggi, che scrive a fine Ottocento, si riferisce alla zona centrale dell'Isola, ma non fa cenno a pregiudizi di mestiere [14]. Né su questo punto abbiamo altre attestazioni bibliografiche. Le fonti orali, invece, più circostanziate, negano esplicitamente l'esistenza di pregiudizi di mestiere sulle empiriche ed affermano che esse godono della generale fiducia e stima della comunità.

Essa è, del resto, generalmente presente al battesimo e agli andirivieni, inviti e controinviti, richiesti dall'occasione. Nelle località in cui il primo levarsi dal letto della puerpera comporta azioni rituali a due, è l'empirica che normalmente compare accanto a lei. In diverse zone è ancora l'empirica che accompagna la puerpera in chiesa per il rito di purificazione e che al rientro compie gli altri riti previsti. Gli stessi doni e mance (in occasione del primo bagno del bambino, della nascita di un primogenito, del battesimo, della purificazione della puerpera, del suo riprendere a panificare per la prima volta, ecc.), oltre che come forma di compenso per le prestazioni dell'empirica, sono anche intese a livello tradizionale come segno di attenzione affettuosa per la sua persona, si iscrivono cioè nella generale fiducia e stima di cui essa gode.

In fatto di compenso c'è però un'ambivalenza che deriva dal modo duplice di intendere il lavoro dell'empirica. Questo può essere infatti visto come un lavoro artigiano (significativamente l'empirica si chiama *maista de partusu*, esperta in parti, come il falegname si chiama *maistr'e linna*, esperto nel legno, o il muratore *maistr'e muru*, esperto in muratura, ecc.) e prevedere quindi un compenso secondo le modalità proprie nella società tradizionale di pagamento delle prestazioni specializzate [15] o come lavoro che appartiene a tutt'altro orizzonte, quello dei terapeuti, degli esperti nella cura di questo o quel male, psichico, psichico-somatico o somatico, per le cui prestazioni può esser previsto il compenso larvato del dono, o può non essere previsto affatto compenso, neppure quello del dono, pena l'annullamento degli effetti della cura. Nel primo caso, in certe zone, il lavoro dell'empirica può non limitarsi all'assistenza al parto e alla cura della madre e del neonato nei cinque giorni immediatamente successivi al parto, ma comportare altri lavori, dalla pulizia dei panni del parto alle occu-

pazioni abituali della padrona di casa (panificazione, cucina, pulizie, bucato), qualora questa non possa contare su parenti. L'entità del compenso varia ovviamente in relazione all'entità del lavoro ma può anche essere in rapporto con la condizione economica della partoriente, tanto che le benestanti possono pagare anche il doppio delle altre. Ma anche nei casi in cui è previsto compenso, oltre ovviamente a quelli in cui non è previsto, se la partoriente è in miseria o in condizioni particolari, come nel caso di nascite illegittime, l'empirica si sente moralmente obbligata all'assistenza gratuita, anzi alla generosità. E, se può, soccorre con panni o con cibo, se la donna è alla fame. La generosità è in genere motivata coi concetti cristiani di carità ed elemosina.

4. Empiriche, ostetriche, medici

Nella zona per la quale ho una maggiore documentazione, il Sulcis-Iglesiente, le empiriche sono ancora in attività negli anni Settanta. Il processo di ospedalizzazione, qui e altrove nell'Isola, inizia quando ancora esse non sono state sostituite completamente dalle ostetriche. Si registrano, infatti, casi di donne che scelgono in un primo momento l'ospedale e poi, perché *troppu mali attendiasa*, assistite troppo male, ritornano alla vecchia empirica di fiducia.

L'ostetrica diplomata arriva tardi sulla scena del parto e stenta a farsi accettare. L'empirica, anche quando non è una vedova costretta ad un'attività che le consenta di sopravvivere (bucati, panificazione, tessitura, cucito), è sempre una donna povera. L'ostetrica, al pari del medico, appartiene invece alla categoria dei signori. Ostetrica e medico, infatti, possiedono un titolo di studio superiore a quello delle scuole popolari locali, sono esterni alla comunità per ragioni di provenienza, in quanto cittadini o continentali, e per ragioni di ordine culturale perché, seppure del luogo o magari di estrazione contadina, hanno un loro modo di vivere, pensare e lavorare, per una diversa educazione e istruzione [16].

La coscienza che medici e ostetriche siano «altro da noi» ed agiscano secondo una logica estranea è nettissima e trova espressione anche nel linguaggio. *Su partu sardu, su partu a s'antiga*, assistito dalle empiriche, si contrappone a *su partu a sa moderna* delle ostetriche e a *su partu in su spidali*, il parto in ospedale.

Is mijinas sardas, is mijinas de is femmineddas beccias, le medicine sarde, le medicine delle vecchine, si contrappongono a *is mijinas de su dottori*. E il secondo termine dell'opposizione, il secondo sistema, non l'ha ancora vinta del tutto sul primo, visto che si ricorre ancora a *is mijinas sardas* e visto che *su partu sardu* mantiene ancora, nel ricordo, un suo valore positivo.

In una visione dal basso l'ostetrica si differenzia dall'empirica innanzi tutto perché tende ad imporre il compenso in moneta e poi, insieme, il parto sul letto.

Le ostetriche (e i medici) *po dinai impikkanta sa mellu genti, tiranta a su dinai e no kastianta in facci a nihunusu*, per i soldi impiccano le persone migliori, mirano solo ai soldi e non guardano in faccia a nessuno. Discriminano tra ricche e povere, preferiscono essere presenti dove a partorire è una benestante o una donna assistita da un ente che dia maggiori garanzie di compenso. E prediligono le partorienti benestanti perché queste le assecondano nella richiesta di mettersi a letto.

La tenace persistenza del parto per terra, su una stuoia o su una pelle (sostituite in tempi recenti da un materasso), non si spiega solo con l'abitudine fisica a certe posizioni da parto, scaturisce anche dall'opposizione fondamentale, tanto nella vita comunitaria che nella vita domestica, tra il quotidiano e il cerimoniale. Nella casa, in situazioni di agio economico, quest'opposizione può concretizzarsi in distinzioni nette di spazi e arredi [17].

In situazioni di disagio può limitarsi ad esprimersi in oggetti ed atti emblematici, ma non viene mai a mancare, resta ben salda, perché in questa saldezza sta la differenza tra l'essere e il non essere *a mor'e bestiasa*, come le bestie. Il letto non è solo un mobile costoso, il cui uso fino a tempi recenti era riservato agli sposati, è anche un oggetto carico di significati simbolici. Nella particolare situazione del parto, esso, arredato con la biancheria migliore, significa festa e il passaggio dalla stuoia al letto è anch'esso un passaggio simbolico. Significa che si è chiuso con la fase del travaglio, del lavoro, e si può dare inizio alla fase della festa, che si è chiuso col disordine di un corpo che si contorce e si approda all'ordine di un corpo che si ricompone, che ci si allontana dallo sporco e si entra nel pulito.

Ma c'è anche una ragione «economica» nella preferenza per la stuoia. Essa, infatti, consente un risparmio di biancheria perché si possono usare stracci puliti e rispettare la biancheria ordinaria o cerimoniale.

Nell'antipatia conclamata di medici e ostetriche per la stuoia — la loro lotta in favore del letto non riporta consistenti successi se non verso gli anni Cinquanta in cui finalmente si riesce a far partorire da «cittadine» anche le «contadine» — empiriche e partorienti povere, oltre all'incomprensione, leggono anche *su no si olli abbashai*, il non volersi abbassare, che intendono sì in senso fisico ma anche in senso ideale, come un non volersi mettere giù, al loro stesso piano, al loro stesso livello.

Ma la stuoia è certo per medici e ostetriche soprattutto segno di una posizione da parto scorretta, lontana da quella appresa come la migliore durante i loro studi.

La posizione assunta da Francesca nei suoi parti solitari può essere considerata una delle canoniche del *partu sardu*. Quando il parto non avviene in solitudine, i gomiti della donna inginocchiata, oltre che su un mobile, sgabello o sedia, possono poggiare sul grembo di una delle presenti o del marito. L'empirica assiste stando alle spalle della partoriente. Un'altra posizione da parto sulla stuoia è quella semisdraiata. In questo caso si colloca contro il muro una sedia rovesciata, si pongono contro di essa dei cuscini, su cui si appoggia la partoriente che forza puntando i piedi su sostegni opportunamente sistemati sulla stuoia. L'empirica assiste stando di fianco o di fronte alla partoriente.

Se ostetriche e medici riducono in limiti accettabili i loro onorari, se si adattano anche ad assistere per terra, brontolando magari ma non imponendo il trasferimento sul letto, se non discriminano troppo tra ricche e povere, se non si comportano in modo impaziente, *attruppellendi*, frastornando, la partoriente e le assistenti, essi non sono più *asuriosusu*, avari, *skurreggiusu*, sgarbati, *malusu*, incapaci e cattivi, ma *bonusu*, capaci, buoni. Insomma se vogliono essere accettati occorre che medici e ostetriche recepiscano in qualche modo e vengano a patti, almeno temporaneamente, con abitudini inveterate.

La presenza dell'ostetrica rispetto a quella dell'empirica e anche del medico, resta meno continua e quasi intermittente fino agli anni Cinquanta. Ciò è dovuto a varie ragioni: essa può trovarsi male, in-

capace di comunicare con la gente, e decidere così di andarsene altrove; in sedi troppo misere, specie se non si radica nell'ambiente mettendo su casa, può non riuscire a sopravvivere decorosamente; può anche capitare, infine, che il comune non sia in grado di sostenerne le spese a lungo.

Quest'intermittenza favorisce una conferma di fiducia nell'empirica, il suo ricambio generazionale, mentre continua su binari non più burrascosi la convivenza con il medico. Tra empiriche e medici sembrano infatti non esserci troppi problemi quando le empiriche si limitano ad assistere parti, questi problemi si aggravano invece quando esse pretendono di invadere il campo specifico dell'attività medica, curando le malattie, facendo «le medichesse». Oltre che vari malanni di origine magica, l'empirica-medico può curare malattie cutanee, estrarre molari, bloccare emorragie, fare iniezioni. I racconti di vita narrano dello scontro col medico, delle sue minacce di denuncia, dell'attività clandestina ma ininterrotta della donna e infine dell'accettazione della sua presenza da parte del medico, colto spesso in un atteggiamento tra lo schernevole e il rassegnato. Nell'ambito delle sue competenze la donna, *su segundu dottori*, è ritenuta più capace del medico. Quando poi il medico deve servire diversi paesi e frazioni, la presenza delle empiriche-medico è apprezzata non solo dalla gente ma dagli stessi medici.

Medici e ostetriche riconoscono l'ampia presenza delle empiriche ma tendono a minimizzare la loro attività e a vederle come inservienti necessarie, quasi delle infermiere. Che non siano mai state soltanto questo, però, lo si deduce anche dalle «società» che in tempi recenti le ostetriche giungono a stipulare con esse. Dalla lotta con le empiriche, dagli esiti sempre incerti, esse giungono ad un accordo: smettono di minacciare denunce e offrono loro persino un compenso per i parti in cui le sostituiscono. Le ostetriche possono così disimpegnarsi dai parti più pesanti e sgradevoli; quelli che si svolgono in ambienti di miseria e di sporcizia, pronte ora a riconoscere l'interscambiabilità della loro funzione con quella dell'empirica. Insomma le empiriche-medico e le empiriche prima vengono combattute e poi vengono usate da medici e ostetriche. Empiriche-medico ed empiriche, a loro volta, tentano di carpire quanto più possono del sapere dei rappresentanti ufficiali della medicina, di usarli a loro volta. Esse si autorappresentano avide di conoscenza, selezionanti modi di pensare

e di agire medici in base alle proprie coordinate di pensiero e di azione. E questo lavorio di filtro non è un fatto puramente individuale, poiché dietro i loro quadri mentali e morali, stanno, solidali, i quadri mentali e morali della cultura tradizionale.

5. Emblemi del potere e pratiche

Empiriche, ostetriche e medici si presentano sulla scena del parto con strumenti emblematici del loro diverso grado di potere. Al gradino più alto sta l'empirica con la sua mano nuda, poi l'ostetrica con *is punturas*, le iniezioni, poi il medico con *is ferrus, sa man'e ferru*, i ferri, la mano di ferro, ossia il forcipe.

Nei casi in cui si rende necessario l'uso del forcipe è giocoforza che l'ostetrica debba chiamare il medico, poiché non può usare e non possiede quello strumento. Ma in tutti gli altri casi, per cui pure la normativa stabilisce che l'ostetrica debba rivolgersi al medico, essa, se il medico è impedito, deve comunque saper procedere a risolvere parti distoccici, a episiotomie, a ricuciture. La norma le chiede di non fare, di fatto sa fare e fa. Osa fare anche quando il medico potrebbe essere presente perché, almeno nelle ostetriche più anziane, la linea di tendenza è quella dell'emancipazione dalla presenza del medico, sulla cui competenza in fatto di parti, anche dall'andamento anomalo, ha spesso da ridire.

Nella sua illegalità l'empirica non ha il problema di limiti particolari da rispettare, se non quelli etici suoi propri, che si risolvono poi nel divieto di fare iniezioni, non perché non sia capace di farne, ma perché non se la sente di iniettare alla partoriente sostanze sconosciute. Sa di cardiotonici, di farmaci per le doglie o per accelerare l'espulsione ecc., ma giudica che l'imperio su di essi sia di chi ha fatto studi specifici e si ferma al di qua di una barriera per lei invalicabile. Continua infatti ad essere analfabeta o al più ha frequentato le prime classi elementari. La sua cultura medica è quella che ricava dall'apprendistato presso un'altra empirica, sovente sua madre, e in seguito sempre più dalla consuetudine con ostetriche e medici.

Il fare o non fare iniezioni rinvia alla possibilità di intervenire o non intervenire nel decorso naturale del parto. L'empirica non interviene. Ma come procede allora per poter affermare con orgoglio che l'ostetrica «*fe' kument'e mim'e tottu, deu fe' kument'e issa 'e tottu, si ghi faia deu, faiad'issa* ...», «era come me e io come lei, quello che facevo io faceva lei ...»?

Chiamata di solito quando il travaglio è già iniziato l'empirica diagnostica prima a che stadio è la partoriente.

Distingue infatti tre stadii a seconda delle doglie e della dilatazione. *Is dolorisi de jau*, letteralmente i dolori del vicinato, ossia le prime avvisaglie di dolore sono proprie della fase preparante, *is dolorisi adasiu, prus a longu*, i dolori moderati, distanziati, sono quelli della fase dilatante, *is dolorisi fottisi, prus allestru*, i dolori forti, più ravvicinati sono quelli della fase espulsiva.

La partoriente deve o dovrebbe farsi trovare con i genitali lavati e, a seconda dello stadio in cui si chiama l'empirica, con indosso già l'indumento che terrà durante il parto, *sa kamisa de su partu*, la camicia del parto. L'empirica non usa guanti, ma cura l'igiene della mano tagliando le unghie cortissime, pulendole con acqua e sapone e poi, in tempi più recenti, disinfettandole con dell'alcool. Palpa l'addome della partoriente per determinare la posizione del feto e, nel caso lo sappia fare, procede all'esplorazione vaginale con una o due dita per rendersi conto dello stato di dilatazione della cervice. Nel caso non pratichi l'esplorazione vaginale si rende conto dello stadio della dilatazione guardando la donna ed interrogandola sull'intensità dei dolori. Se la dilatazione è in fase avanzata sta accanto alla partoriente.

È consuetudine che ai primi dolori la partoriente beva un caffè molto caldo per favorire le contrazioni e muovere il feto. Si crede infatti che la madre agevoli la discesa del feto con le contrazioni ma anche che il feto non sia passivo e inerte, che agitandosi e scorrendo nel ventre materno, *murighendu* e *skurrendi*, aiuti il parto. È come se madre e figlio lavorassero tesi ad un unico scopo e l'empirica si autorappresenta come colei che armonizza i loro sforzi congiunti. La partoriente soffre anche quando non si fa sfuggire un lamento, e può avere la sensazione o la tentazione di perdersi nel grande travaglio. L'empirica deve essere per lei una *regula*, una *kurretsioi*, una norma, una che sta lì a suggerire gli atti corretti al momento giusto, un filo d'Arianna per ritrovarsi nello smarrimento. Per difenderla anche da presenze inibenti. Come nel caso dell'opportunità di allontanare una presenza che blocca la partoriente, sia essa il marito o una qualsiasi delle assistenti. Le primipare sono le più difficili, *traballosasa, fastidiosasa*, perché per loro è tutta una novità e provano più vergogna delle altre a farsi vedere e toccare. Ma anche le donne non più al pri-

mo parto possono essere *scandulosasa*, quando si abbandonano a urla e a manifestazioni eccessive di dolore, *lareddiadasa*, noiose perché troppo paurose, *trasculerasa*, trascurate, con tendenza a lasciarsi andare, ad avere un atteggiamento passivo. L'empirica di fronte alle tortuosità degli eccessi del pudore, del dolore, della paura, della passività, li lascia prima esprimere per poi ingabbiarli in una rete di equilibrio, di giusta misura. Insomma consente alla partoriente una sorta di libertà controllata. Che faccia pure come le pare se tutto procede bene. Anzi, se non è indispensabile può anche fare a meno completamente dell'empirica che interviene soltanto *a sbiddiai*, per recidere il cordone ombelicale. L'importante è che una volta iniziate, le contrazioni procedano regolarmente, che non si affievoliscano o si blocchino.

Empiriche e collaboratrici associano l'andamento regolare delle contrazioni al calore, alla forza della donna, alla pulizia. La sensazione di essere sporca può bloccare la partoriente, perciò se è necessario la si assiste nella pulizia. Se è troppo debole e non prova rigetto all'idea può anche bere un po' di acquavite o di marsala. Rafforzano le sue sensazioni di calore sistemandole sull'addome dei panni bagnati in acqua calda e ben strizzati, avendo cura che non si raffreddino. Aiutano la discesa del feto e la sua disposizione corretta con massaggi eseguiti anche con le mani inumidite nell'olio caldo.

Si opera sui fianchi con spinte ascendenti in modo da raddrizzare il feto perché non si *kollembridi*, non si pieghi, *sia postu a pasci*, sia messo a pascolare, col viso rivolto a terra, *a facci'a terra*, ossia di vertice. Si accompagnano questi movimenti con altri praticati sulla sommità dell'addome in modo da favorire la spinta del feto verso il basso. Rifiutato e criticato dalle empiriche è *su krakkai, su akkrakkangiai*, espressione con cui designano una manovra di forte compressione sull'addome praticata dalle ostetriche (forse la manovra di Kristeller?). Empiriche e mamme tendono a ricordarla come una violenza non motivata se non dalla «moda», o dal desiderio di sbrigarsi, di affrettare il parto.

Le esplorazioni vaginali sono praticate solo nel caso le si ritenga strettamente necessarie nel rispetto del principio che è bene *no forrogai meda*, non frugare molto, le partorienti.

Quando la testa del feto è impegnata *in su passaggiu*, nel canale del parto, si invita la partoriente a spingere, *a spremi, donai sa fortsa*,

al momento della contrazione respirando a bocca chiusa *arrespirendu a bukka serrada po donai fortsa, po ponni sa fortsa abbasciu*. Il feto si trova *in baganti*, in sospensione, e la partoriente deve aiutarlo spingendo perché non vi stia troppo e non *s'alluppidi in is ossusu*, non soffochi tra le ossa del bacino. Essa deve allora tenere le cosce il più aperte possibile, evitando movimenti scomposti di chiusura, *po no ddu kassai introssusu*, per non stringerlo tra le ossa. Quando la testa del feto è *intr'e porta*, inizia ad affacciarsi, l'empirica *po allargai su partu*, per favorire la massima elasticità e dilatazione dell'utero impedendo che si laceri, *pianu pianu kara kara*, accarezza piano piano, ossia passa il suo dito, inumidito o meno nell'olio, lungo i suoi bordi interni ed esterni. Poi quando la donna esprime le spinte finali essa o un'assistente hanno cura di *ponni sa manu a tostau in su seciu*, di tener la mano rigida contro il perineo sì che non subisca lacerazioni.

La sequenza della nascita è stata così sintetizzata da un'empirica: quando compariva la testa *dd'afferrà*, la prendevo, *dda girà*, effettuavo la rotazione, *'nd'dd'ogà*, la tiravo fuori. Da alcune la testa viene estratta a mano nuda, da altre con una pezzuola, altre ne aspettano la fuoriuscita spontanea. La fase di espulsione delle spalle viene aiutata con l'introduzione dei mignoli sotto le ascelline.

Dopo la nascita se il bimbo non è asfittico, l'empirica lo lascia *pasiai pagu pagu*, riposare un pochino, ai piedi della mamma. Se è asfittico invece lo prende per i piedi e tenendolo a testa in giù lo sculaccia leggermente oppure gli pratica dei massaggi al cuore. Solo dopo che il bimbo ha riposato o, nel caso sia asfittico, dopo che ha ripreso a respirare, l'empirica procede alla recisione del cordone ombelicale. Questa operazione e la successiva sistemazione del moncone del cordone del bambino sono ritenuti atti tanto importanti e delicati da essere caratterizzanti del lavoro dell'empirica definito infatti, oltre che *attendi sa pratera*, assistere la partoriente, come *andai a sbiddiai*, un andare a recidere il cordone. Le empiriche lodano come più funzionali e sicuri perché non si allentano, e li adottano non appena possono, *i lastikkeddusu*, dei laccetti elastici per legare l'ombelico, un'innovazione rispetto all'arcaica *korriedda de fila bianka*, cordicella di filo bianco ottenuta attorcigliando più capi di filo di rocchetto. Verso gli anni Cinquanta esse cominciano anche a sostituire la cenere, considerata sempre comunque un ottimo cicatrizzante, con una polvere comprata in farmacia.

Talora prima, talora dopo la recisione del cordone ombelicale, l'empirica ispeziona con l'indice la bocca del neonato per togliergli, caso mai lo avesse, *su pillu*, il muco e poi libera il bimbo se è nato come si dice con la camicia, dalla guaina, e quindi rivolge nuovamente la sua attenzione alla partoriente in attesa del secondamento con l'estremità del funicolo legato ad una gamba o tenuto con una pezzuola da un'assistente. Essa aspetta che il secondamento avvenga naturalmente. Se tarda opera massaggi e pressioni sotto l'ombelico per provocarlo. Alcune empiriche ricordano di aver fatto soffiare la partoriente in una bottiglia o di averla fatta sollevare dal marito per farle fare dei saltelli, ma questi metodi sono giudicati *antigusu*, arcaici e superati.

Una volta fuoriuscita la placenta, si attorciglia delicatamente, *si faidi a trottojadura*, la membrana amnio-coriale, *sa soga*, fino a che non si stacca, *si skappada*. Quindi si preme un po' sul basso ventre perché fuoriescano i grumi di sangue e si controlla attentamente la placenta per vedere se è completa. In seguito ancora si ripulisce la madre con acqua fatta bollire — in tempi recenti miscelata con un disinfettante farmaceutico —. Come pratica arcaica non più in uso si ricorda l'abitudine di disinfettare la puerpera con vino caldo. Infine si fascia l'addome della donna per evitare che si deformi e per prevenire emorragie.

Le empiriche più anziane sostengono di aver risolto positivamente, senza intervento medico, parti podalici e parti con presentazioni anomale del cranio e di aver piuttosto chiesto tale intervento per presentazioni di spalla con necessità di rivolgimento, per ritardi di fuoriuscita di placenta, per bacini troppo ristretti e in casi di macrocefalia. Le più giovani affermano invece di aver risolto positivamente, senza intervento medico, soltanto parti podalici. Ma anche le ostetriche si esprimono negli stessi termini. C'è insomma un parallelismo quanto a capacità e coraggio di intervento autonomo fra empiriche e ostetriche più anziane da un lato ed empiriche ed ostetriche più giovani dall'altro. Il processo di progressivo esautoramento e dequalificazione sembra investire simultaneamente empiriche ed ostetriche.

Non mi soffermo sulla descrizione di un parto assistito da un'ostetrica e sulle differenze — e anche somiglianze — di procedimenti con l'empirica. Ricordo solo che in una condotta in cui ho avuto modo di parlare con medico, ostetriche ed empiriche, tutti si sono espressi

nel senso che, nonostante le precarie condizioni igieniche, infezioni ed emorragie erano molto rare come rari erano i ricoveri d'urgenza per lacerazioni, episiotomie e presentazioni anomale. Un'ostetrica che inizia a lavorare come supplente negli anni Sessanta ricorda di aver assistito in sei anni circa 360 parti, di aver ospedalizzato per presentazioni anomale due pazienti, di aver praticato l'episiotomia in un caso, di esser ricorsa al ciclo di sparteina raramente e mai all'ossitocina. E si dichiara convinta, in base alla propria esperienza, che sia importantissimo il saper aspettare, il lasciar fare alla natura, l'interferire il meno possibile in caso di normalità, l'avere una mano leggera e infine la comprensione e l'interesse partecipe per le partorienti.

NOTE

[1] Per una descrizione, valutazione delle fonti cfr. L. Orrù, *Stato della documentazione e prospettive di ricerca sul ciclo riproduttivo in Sardegna* in corso di stampa in Brads 12.

[2] Per una recente riconsiderazione dei problemi epistemologici posti dalle «fonti orali», e in particolare dalle «fonti orali biografiche» rinvio ai saggi di P. Clemente, *Voci su banda magnetica: problemi dell'analisi e della conservazione dei documenti orali. Note italiane*, inedito; *Per l'edizione critica di testi biografici orali. Appunti* in «Fonti orali»; *L'oliva del tempo: frammenti d'idee sulle fonti orali, sul passato e sul ricordo nella ricerca storica e demologica* in corso di stampa in Atti del Convegno «Mito, storia e società», Palermo 1981.

[3] Cfr. M. Livi Bacci, *Donna, fecondità e figli. Due secoli di storia demografica italiana*, Il Mulino, Bologna 1980, p. 89 sgg.

[4] Per avere un'idea delle feste da parto e della sequenza relativa alla nascita legittima cfr. *Il barone di Maltan in Sardegna*, trad. e note di G. Prunas Tola, Milano, Brigola 1886, pp. 324-26, F. Poggi, *Usi natalizi, nuziali e funebri*, Mortara-Vigevano 1897, pp. 9-39; E. Delitala, *Usi di nascita nella Sardegna dell'800 registrati da Vittorio Angius. Saggio di repertorio* in Brads 2, 1967, pp. 4-12; M. Azara, *Tradizioni popolari della Gallura. Dalla culla alla tomba*, Roma 1943, pp. 45-74.

[5] Cfr. le testimonianze raccolte da V. Dini, *Il potere delle antiche madri. Fecondità e culti delle acque nella cultura subalterna toscana*, Boringhieri, Torino 1980, p. 203 (inf. 82), p. 207 (inf. 90).

[6] Questa e la successiva citazione sono tradotte dal Sardo, lingua usuale nel corso dell'inchiesta sul campo.

[7] Cfr. F. Coletti, *La mortalità nei primi anni d'età e la vita sociale della Sardegna*, Torino 1908, pp. 35, 36 (nota 1).

[8] Cfr. M. Livi Bacci, cit., p. 166 sgg.; p. 298 sgg.

[9] Cfr. G. Vidossi, *Di un uso natalizio sardo* in G. Vidossi, *Saggi e scritti minori di folklore*, Torino 1980, pp. 180-193.

[10] La documentazione su questi comportamenti cerimoniali è stata presa in esame, nell'ambito della discussione sull'esistenza o meno della «covata» in Sardegna, da E. Delitala, *La documentazione sulla «covata» e sulla «parte del marito» in Sarde-*

gna in «Studi Sardi», vol. XX, 1968, pp. 573-594. La studiosa presenta anche un'antologia delle attestazioni degli autori cui si rinvia.

[11] Per un quadro storico delle istituzioni sanitarie nell'Isola cfr. G. TORE, *Pestilenze e società: la difesa epidemiologica in Sardegna dal XVIII al XIX secolo*, in «Annali della Facoltà di Magistero di Cagliari», n.s. II, 1977-78, pp. 143-164; *Malattie e popolazione nella Sardegna del XIX secolo*, in «Annali della Facoltà di Magistero di Cagliari, n.s., III, 1978-79, pp. 111-144.

[12] Per i brani citati cfr. P. M. COSSU, *Note ed appunti di folklore sardo*, Bagnocavallo 1925, p. 52; M. AZARA, cit., p. 48; D. MAMELI, *Vita, usi riti tradizioni popolari della Trexenta*, Cagliari 1965, p. 77.

[13] Cfr. E. DELITALA, *Usi di nascita* ecc., cit., p. 9.

[14] Cfr. F. POGGI, *Usi natalizi*, ecc., cit.

[15] In natura, generi alimentari e animali da cortile soprattutto e, via via col tempo, in natura e in moneta, o solo in moneta; o anche con lo scambio di prestazioni, il cosiddetto *aggiudu torrau*.

[16] Per l'opposizione poveri-signori cfr. G. ANGIONI, *Il ricco, il povero, il signore e il mercante. Brevi considerazioni sulla visione tradizionale della società locale presso i contadini della Sardegna meridionale* in «Quaderni Sardi di Storia», 1, luglio-dicembre 1980, pp. 63-81.

[17] Cfr. L. ORRÙ, *La casa campidanese* in P. CLEMENTE e L. ORRÙ; *Sondaggi sull'arte popolare in «Storia dell'arte italiana»*, vol. XI, *Forme e modelli*, Einaudi, Torino 1982, pp. 312-338.

IL PARTO COME EVENTO BIO-SOCIALE
di *Franca Pizzini*

A partire da una ricerca da me condotta [1], insieme ad altre due colleghe, in cinque importanti ospedali di maternità di Milano, cercherò di mostrare come il parto sia un evento anche sociale e quale ricchezza di variabili possa fornire l'osservazione dell'interazione che si muove sulla sua scena. Trarrò gli spunti più confrontabili con le ricerche straniere e più utili alla discussione, partendo da una situazione che, per sue caratteristiche particolari, può essere riconosciuta come significativa nel panorama ostetrico italiano.

Infatti, come sapete, per l'ostetricia italiana, Milano rappresenta l'avanguardia a cui le altre regioni guardano come punto di riferimento, per le tecniche moderne che si ritiene vengano lì utilizzate e anche per i rapporti col resto d'Europa che si presuppongono più stretti. Questa credenza sarebbe già un interessante punto di discussione, però non mi vi soffermerò, perché non è stata oggetto approfondito dalla nostra ricerca.

I cinque ospedali in cui essa è stata svolta rappresentano l'offerta ostetrica milanese, con un ventaglio che ne copre le diverse tipologie [2]. Questo ventaglio di ospedali rappresenta un «continuum» che va dalla «Clinica Universitaria», quella più tecnologizzata, per i parti patologici e le gravidanze a rischio, via via fino all'«Ospedale Generale», un grosso nosocomio dove viene trattata la patologia dell'hinterland di Milano, e a una «Maternità Provinciale» che rappresenta una vecchia tradizione di maternità milanese; gli ultimi due sono gli ospedali cosiddetti «umanizzati», quelli che hanno tentato dei modelli attenti più al lato umano che a quello tecnologico: la differenza sostanziale tra questi due è la dimensione.

La ricerca, finanziata dal CNR, è durata in tutto tre anni, mentre l'osservazione diretta negli ospedali è durata un anno circa.

Volevamo registrare la *normalità* del parto, chiedendoci cosa offra oggi una grande città del nord Italia che è anche un modello per altre regioni, cosa dia alla donna che non ha la possibilità di andare in clinica o di partorire in casa, cioè di ricorrere a soluzioni più comode, ma da molte donne ritenute più pericolose.

La nostra ipotesi di base è che il parto è un evento culturale, nel senso antropologico mostrato anche da Brigitte Jordan, legato alla situazione sociale delle persone che lo vivono, quindi alla condizione femminile, al livello di sviluppo tecnologico della zona in cui avviene, al tipo di interazione tra le persone che agiscono intorno alla partoriente ecc.

Così il parto appare come «evento rivelatore» di ciò che si struttura socialmente ad un livello più complesso, di cui esso è un osservatorio molto interessante; infatti è solo un pezzo della realtà, ma un pezzo estremamente significativo per capire i comportamenti umani più radicati, soprattutto quelli che riguardano la condizione femminile.

Come evento culturale il parto varia nelle diverse culture e quindi, io credo, c'è differenza anche tra partorire in ospedale in Sardegna e partorire in ospedale in Lombardia. Io non so ancora quali, però ipotizzo che ci siano delle differenze esterne all'ospedale, perché l'ospedale ha delle regole interne che vanno avanti comunque, le quali però interagiscono fortemente con dati culturali e condizioni precedenti ad esso. (Sarebbe interessante per me fare un pezzo di ricerca qui in Sardegna, per confrontare questa «norma» con quella già analizzata).

Quindi l'aspetto culturale determina quanto avviene dentro l'ospedale, cioè determina ciò che invece sembra rispondere solo a necessità scientifiche, dettate dalla medicina e dalla organizzazione ospedaliera.

Il parto è un evento che molti definiscono *bio-sociale*, cioè determinato dalla biologia e dalla società con la particolarità però che le persone ad esso addette cioè i medici, le ostetriche, le infermiere ne riconoscono solo l'aspetto biologico, che necessita di medicalizzazione e di ospedalizzazione, e non invece l'aspetto sociale.

Nella nostra ricerca siamo partite da questo presupposto per dimostrare come l'aspetto sociale concorra pesantemente a determinare quello biologico. Cioè l'ipotesi «scientifica» sul parto è che la biologia e la fisiologia (secondo le dizioni), determinino quasi totalmente il parto e quindi esso vada inscritto unicamente nella definizione medica. Il risultato ultimo di questo processo è la medicalizzazione e ospedalizzazione generalizzata.

Abbiamo visto invece, durante la nostra ricerca, come l'aspetto sociale sia determinante quanto quello biologico, come le stesse pro-

cedure mediche (vale a dire i gesti medici fatti sulla partoriente dal personale che li ritiene necessari all'espletamento del parto), siano talmente influenzate dalle variabili di tipo sociale da mutare esse stesse.

Mi spiego: nella ricerca abbiamo seguito la partoriente durante il suo «tragitto» dentro l'istituzione da quando viene «accettata» a quando viene «dimessa»[3].

L'abbiamo seguita in queste tappe considerando via via i diversi luoghi nei quali la scena del parto avviene: l'«accettazione», poi la «sala travaglio», la «sala parto», il dopo parto, il puerperio ecc. Abbiamo considerato i gesti medici che venivano fatti sulla partoriente, cioè le procedure ostetriche[4].

La particolarità della nostra ricerca riguarda l'osservazione che si può definire *etnografica:* mentre osservavamo come venivano compiute queste procedure, osservavamo anche i gesti, le parole, gli sguardi, le posizioni del corpo che accompagnavano le procedure. Vale a dire proprio l'interazione delle persone che lavoravano sulla scena del parto intorno alla donna. Nelle nostre schede segnavamo tutti questi aspetti, compresi i percorsi degli attori nello spazio.

Eravamo sostenute in questo tipo di lavoro da una vecchia ricerca sulla morte, in cui il sociologo Sudnow afferma pressapoco: «morire, come nascere e partorire, nelle società industrializzate sono azioni costituite dalle pratiche del personale ospedaliero e dalle interazioni quotidiane routinizzate all'interno dell'organizzazione ospedaliera»[5].

Questo veniva detto per la morte circa vent'anni fa, ed è stato da noi riverificato per quanto riguarda il parto e la nascita.

Quindi per noi l'interazione tra le persone, cioè l'aspetto sociale, ha la stessa importanza di altre componenti del parto che possono essere legate alla fisiologia, alla biologia gestita dalla medicina, o alla psicologia del profondo di cui non ci siamo occupate.

Spesso addirittura abbiamo visto come l'interazione modifichi il percorso del parto: per esempio una donna può avere una dilatazione più o meno rapida a seconda della ostetrica che l'assiste e delle modalità relazionali che questa ostetrica usa con lei. Quindi, a seconda del tipo di rapporto che si crea in quella situazione, il decorso biologico stesso subisce delle variazioni.

L'intero processo del parto è segnato da questa interazione, così come dagli interventi ostetrici che rappresentano le tappe del suo pro-

gredire dentro l'istituzione. Ma il primo aspetto, cioè quello sociale-interazionale, ha un rilievo che difficilmente viene riconosciuto da chi ha in mano il processo del parto dentro l'ospedale e che lo considera necessitante unicamente di gestione medica.

Benché le ostetriche e i medici più avveduti riconoscano ormai che il loro agire professionale è largamente influenzato da variabili interazionali dettate dalla situazione specifica, tuttavia il quadro che essi continuano a presentare ai profani tenta di essere compatto e razionale; questo avviene probabilmente perché il coinvolgimento, in una situazione routinizzata come quella dell'ospedale di maternità, rende difficile una posizione che permetta un'analisi lucida e distaccata della situazione stessa. Tanto più che l'evento bio-sociale è circondato da tabù e inibizioni culturali, per cui le persone che sono in esso coinvolte parlano in modo fortemente connotato da queste; cioè hanno una posizione dentro il sistema di nascita così carica emotivamente da poter parlare solo della loro percezione dell'evento oppure trovar riparo dietro la razionalità medica.

Se è difficile non essere coinvolti emotivamente quando si osserva un parto dal vivo (o addirittura al videotape), si può immaginare il problema del coinvolgimento per chi vi lavora quotidianamente. Una funzione della definizione medica del parto riguarda proprio la difesa dall'emotività e dall'ansia di chi vi assiste.

È attraverso le procedure ostetriche, così come sono segnate dentro il tragitto della partoriente, che il processo fisiologico del parto viene inscritto nella definizione medica. Di questa definizione fanno parte il territorio stesso dell'ospedale (il territorio è di per sé un luogo di analisi) e le persone considerate responsabili dell'evento: i medici, le ostetriche, la partoriente stessa.

Secondo noi, tutti i personaggi della scena concorrono a sostenere questa definizione e lo fanno attraverso una interazione specifica per ogni scena, che serve a portare a termine ogni singola procedura ostetrica.

A dimostrazione di questo abbiamo analizzato un aspetto particolarmente interessante che riguarda le battute di spirito, dal momento che esse indicano quali siano gli elementi tabù di un evento: per quanto riguarda il parto l'analisi rivela che il suo tabù è il sesso. L'imbarazzo viene celato dietro la battuta di spirito, sempre a sfondo sessuale, la quale esprime appunto quale sia l'argomento tabù.

Vorrei ora rapidamente passare ad altro, per stimolare il dibattito, e cioè al problema delle procedure ostetriche e della loro variabilità.

Premetto che una disciplina come l'ostetricia, che vuole mostrarsi compatta e scientifica all'esterno, è invece influenzata da infinite variabili di contesto. Infatti il parto ospedaliero può avere conduzioni diversissime. Questo dipende da alcune variabili, che appartengono in primo luogo ai diversi ospedali: l'osservazione in cinque ospedali ci ha mostrato cinque diverse conduzioni, dovute per esempio alle diverse formazioni dei primari che danno la linea a tutto il reparto (nelle cliniche universitarie i primari possono essere due o tre, ma esiste comunque una linea prevalente che può andare dall'interventismo più marcato a un modello umanizzato).

Poi esistono delle variabili all'interno del singolo ospedale e questa è stata per noi la scoperta più interessante, perché si tratta di variabili prevalentemente sociali.

Ad esempio il tipo di partoriente e il tipo di personale presente influenzano le procedure ostetriche che vengono praticate o meno alla singola donna, in un determinato momento o in un altro. Per «tipo di partoriente» si intendono aspetti molto diversi, che possono essere: una donna primipara o multipara, che abbia o meno patologie precedenti, ma anche una donna che si comporti in modo tale da accettare quello che il personale si aspetta da lei o una donna che non accetta questo e cerca di contestare o comunque di proporre un comportamento diverso.

Facciamo un esempio: nell'«Ospedale per l'umanizzazione» ci si aspetta che tutte le donne facciano il corso di preparazione al parto, vadano all'ospedale col marito e che lì stiano tranquille e concentrate sul loro «training autogeno respiratorio». La donna che grida è in questo caso paradossalmente meno accettata della donna che grida alla «Clinica Universitaria» dove i modelli sono diversi.

Quindi c'è un modello di «brava paziente» che l'ospedale presuppone già nella sua impostazione ostetrica e un comportamento previsto che dovrebbe aderire a tale impostazione. Se la donna si adegua tutto funziona secondo i modi e i tempi stabiliti, se la donna inizia ad opporsi alle aspettative tutto devia e le procedure vengono attuate in modo diverso.

Ad esempio, mentre all'«Ospedale per l'umanizzazione» non si pratica mai l'ossitocina, se la donna grida molto l'ossitocina si pratica anche se non è prevista; oppure, gli atteggiamenti cambiano se la donna è sporca o pulita: se ad esempio in un dato ospedale la visita va fatta a tanti centimetri di dilatazione, poi a tanti altri, ma la donna è sporca, si tende a visitarla meno e ciò dipende da una variabile sociale, che è la sporcizia, e non dal fatto che la visita debba essere fatta a tre o quattro centimetri di dilatazione.

Di questi esempi ne abbiamo trovati molti, tra gli altri quello della paziente privata del medico: se cioè la linea ostetrica dell'ospedale non prevede una certa procedura, per esempio, la perfusione di ossitocina, ma il medico ritiene che questa rappresenti un piacere da fare alla sua paziente privata, la pratica solo a lei e alle altre no, se il medico ritiene che sia una procedura sbagliata, nonostante la linea ostetrica prevalente nell'ospedale, non la pratica alla sua paziente ma solo alle altre partorienti.

Insieme alla variabile «donna» si presenta nell'interazione la variabile «personale»; per esempio, la vecchia ostetrica capace, riconosciuta da tutto l'ospedale, può permettersi delle libertà nelle procedure che forse solo il primario può permettersi. O ancora, in senso contrario, dove ci sono molti studenti tirocinanti, vengono a questi riconosciute delle libertà che alle allieve ostetriche non vengono riconosciute.

Tutto questo va «incrociato» con variabili di fondo, che noi abbiamo chiamato di spazio e di tempo: per esempio variano le procedure, chi le fa e quando, se vengono praticate di notte o di giorno. Si tende a fare certe procedure sempre di mattina, in genere quelle che accelerano il processo fisiologico; mentre di notte si tende a praticare le procedure che permettono al personale di dormire.

Sulla figura cui spettano le diverse procedure esiste una discussione continua negli ospedali, soprattutto tra medico e ostetrica. Per esempio alcune mansioni, che spettano al ruolo del medico, di notte possono diventare anche dell'ostetrica, se il medico non deve essere svegliato. Una di queste è la ricucitura dell'episiotomia (episiorafia), che di giorno viene sempre praticata dal medico, ma di notte può esserlo anche dall'ostetrica.

La singola situazione sociale e interazionale quindi, interferisce molto più di quanto venga ammesso. E questa ad alcuni sembrerà

un'ovvietà che riguarda tutte le professioni: si afferma di fare delle cose e poi se ne fanno delle altre. Ma ciò che interessa qui è capire quali siano le conseguenze per la partoriente e per tutto il processo del parto, e questo non è ovvio.

Un ultimo punto. Facendo la nostra ricerca e confrontando la letteratura ostetrica italiana con quella di altri paesi industrializzati, abbiamo notato che in quei paesi esiste un dibattito più ampio che nel nostro sull'ostetricia (un dibattito che coinvolge gli specialisti ma anche un pubblico più vasto). Ci siamo recate allora in alcuni di quei paesi (Olanda e Usa per esempio) e abbiamo osservato che certe procedure che nei nostri ospedali, almeno a Milano, sono considerate di routine, cioè praticate e non discusse, in altri paesi sono considerate inaccettabili o perlomeno discutibili all'interno stesso dell'establishment ostetrico.

Per esempio: le manovre di Kristeller (usate dal medico per schiacciare la pancia della donna e far uscire il bambino), la spremitura dell'utero dopo il parto per staccare la placenta rapidamente, lo scovolamento (cioè la ripulitura dell'utero tramite pinza e garza), l'episiotomia ecc. sono tutte procedure di cui si trova traccia di discussione nella letteratura internazionale o negli ospedali stranieri da noi visitati. Alcune di esse vengono addirittura considerate inaccettabili, mentre nei nostri ospedali vengono tranquillamente praticate di routine.

Ciò rimanda a un altro problema: la specificità italiana nell'uso maldestro della tecnica.

Avevamo già l'ipotesi che uno dei punti di crisi del «modello italiano» fosse l'uso della tecnica. Una conferma ci è venuta, al recente convegno [6] di Milano, da parte di un aiuto primario di Clinica Universitaria, cioè da parte dell'istituzione ostetrica personificata. Egli ha centrato la sua relazione al convegno sul fatto che in Italia non si sappia usare il monitoraggio fetale e che l'alta mortalità perinatale italiana dipenda, secondo lui, da questo.

Ci sarebbe molto da discutere su un'analisi di questo genere, che comunque mostra ancora una volta l'aspetto del parto come «evento rivelatore» di una cultura: in Italia il tratto problematico del rapporto con la tecnica ci risulta essere non solo di competenza ostetrica, benché in essa si giochi in modo specifico.

Concludo ricordando a questo proposito che il tema centrale sollevato dal movimento internazionale per una nascita diversa è la me-

dicalizzazione, l'intervento attivo della medicina nel processo fisiologico del parto. Cioè l'uso generalizzato di tecniche e di farmaci che allontanano sempre più questo processo dalla fisiologia stessa. La domanda di fondo che ci si pone è se la medicalizzazione sia un processo inevitabile.

Nella risposta bisogna essere molto analitici, non facendo dannose generalizzazioni che non tengono conto di paesi e culture diverse. Abbiamo visto, ad esempio, che la medicalizzazione negli Stati Uniti è diversa da quella danese o italiana.

Si tratta di un processo ampio che ha investito da tempo molti paesi industrializzati, che sembrano ripercorrere la stessa strada pur in tempi e modi differenti.

A che punto stia l'Italia in questo processo può esserci detto solo attraverso ricerche dettagliate che tengano conto anche delle diversità regionali, cioè socio-culturali al suo interno.

È quanto ci è sembrato di iniziare a fare con la nostra ricerca.

NOTE

[1] La ricerca è stata pubblicata nel volume di G. Colombo, F. Pizzini, A. Regalia, *Mettere al mondo. La produzione sociale del parto*, Franco Angeli, Milano 1984.

[2] Non abbiamo voluto indicare gli ospedali con il loro nome, dal momento che ci interessava mostrare le tipologie ostetriche che esistono a Milano, ma che sono ipoteticamente anche altrove. Il nostro poi non è stato un lavoro di denuncia delle singole situazioni ma di riflessione su ciò che la «norma» rappresenta per le donne che partoriscono.

[3] Si usa qui la parola «tragitto» nel senso usato da Goffman a proposito del percorso istituzionale del malato mentale. Vedi in particolare di questo autore, *Asylums*, Einaudi, Torino 1968.

[4] Si intende per esempio, la perfusione di ossitocina per accelerare le contrazioni, la visita ostetrica per verificare a che punto è la dilatazione, l'amnioressi, cioè la rottura delle membrane, l'episiotomia, cioè il taglio che si pratica alla vagina prima che il bambino nasca, ecc.

[5] Sudnow D., *Passing on: the Social Organization of Dying*, Prentice Hall, Englewood Cliff, 1967.

[6] Si tratta del Convegno internazionale «Culture del parto», patrocinato dalla provincia di Milano, in collaborazione col GRIFF (Gruppo di Ricerca sulla Famiglia e la Condizione Femminile) e col Dipartimento di Sociologia dell'Università di Milano, tenutosi a Milano il 24-25-26-27 gennaio 1985.

VERSO UN'UMANIZZAZIONE DELLA NASCITA
di *Suzanne Houd*

Buon giorno, signore e signori. Ecco più o meno quel che so dire in italiano. Giudico questo convegno particolarmente importante: che io ricordi è la prima volta che un gruppo di femministe organizza un convegno sulla gravidanza e sul parto.

Vorrei oggi dirvi qualcosa della ricerca che ho condotto per conto dell'Organizzazione Mondiale della Sanità sui servizi prenatali in Europa e nel Nord America e ancora qualcosa sulla situazione delle ostetriche in Europa, su cui appunto sto conducendo uno studio.

Quattro anni fa l'ufficio per la salute della madre e del bambino del dipartimento europeo dell'Organizzazione Mondiale della Sanità decise di effettuare una ricerca sulle modalità del parto in Europa; a metà di questa ricerca si scoprì che al di fuori dei sistemi ufficiali vi erano diverse realtà; fui allora incaricata di studiare tali realtà diverse e le pratiche alternative ivi vigenti. Per «alternativo» intendo tutto ciò che si svolge al di fuori del sistema normale, ufficiale, organizzato dallo Stato, e anche tutto ciò che, pur avendo luogo dentro il sistema, si differenzia dalle pratiche standard.

Durante lo studio di queste pratiche alternative scoprii che ovunque vi erano gruppi di persone che si opponevano al sistema prenatale ufficiale ed ebbi la sensazione che vi fosse un movimento internazionale di genitori e operatori sanitari — ostetriche, medici, infermiere — che, insieme, stavano tentando di cambiare ciò che avviene nel sistema, alcuni combattendo all'interno di esso, altri all'esterno, contrapponendogli un sistema diverso. Segni di tutto ciò sono la pratica del parto in casa, l'apertura di centri di nascita, la formazione di nuove ostetriche, spesso non diplomate.

Vi è anche dell'altro al di fuori dei sistemi ufficiali, ed è tutto ciò che ha a che fare col denaro, che in questi casi fa sempre la sua comparsa. In Germania, soprattutto, sono sorte ovunque tante piccole cliniche private nelle quali le donne possono avere il trattamento che preferiscono, purché abbiano il denaro per pagare. È signifi-

La trascrizione in lingua originale è a pag. 85.

cativo come in queste cliniche vi sia un 40% di «epidurali» e come molte donne scelgano di partorire col taglio cesareo. Voi sapete che cos'è una «epidurale»: è un'anestesia locale, dalla vita in giù, che può essere adoperata anche per parti normali.

Potei osservare anche che molti di coloro che propugnavano le pratiche alternative erano critici nei confronti del sistema ufficiale, ma non sottoponevano ad alcuna valutazione critica le proprie procedure, per cui talvolta erano altrettanto rigidi nell'applicare il proprio sistema quanto quelli che sono inseriti nel sistema ufficiale. Alle donne veniva imposto di partorire in piedi o accucciate e in questa imposizione si esauriva la pratica alternativa. Spesso veniva richiesto alle donne di giacere supine al momento del parto, quasi come uno scarafaggio rovesciato, così come si usa nel sistema ufficiale. Nel sistema alternativo moltissimi ritengono che la partoriente debba star seduta o accovacciata o camminare e così via: si obbliga a comportamenti «alternativi» come nell'altro sistema si obbliga ad altri comportamenti. Credo che il concetto sia chiaro.

Verificai anche che l'ostetrica ricopriva un ruolo di primo piano, e importantissimo, nell'assistenza alternativa e che i fautori di questi diversi sistemi non erano soltanto un gruppo di pazzi che non volevano fare ciò che fanno gli altri, ma rappresentavano un altro tipo di assistenza, più realistico e umano per le donne durante la gravidanza e il parto. Sappiamo infatti che negli ultimi anni l'assistenza alla gravida e alla partoriente si è focalizzata solo sul rischio e su quanto di rischioso potrebbe accadere alla donna; l'assistenza alternativa, al contrario, mette l'accento sulle risorse della donna e guarda al parto come ad un evento fisiologico. Fanno in pratica ciò che noi dell'Organizzazione Mondiale della Sanità facciamo quando ci scostiamo dai modelli medicalizzati per avvicinarci ad un modello di promozione della salute e di prevenzione.

Un'altra caratteristica significativa dell'assistenza alternativa è che gli interessati cominciano a raccontarsi le proprie esperienze, rompendo con le consolidate tradizioni di mistero e di «privato». All'inizio vi erano gruppi di madri o madri isolate a cui non era piaciuto il modo in cui erano state trattate in ospedale e che avevano protestato. Dopo un po' di tempo alcuni operatori sanitari, soprattutto ostetriche, decisero di aiutarle perché anch'essi erano insoddisfatti, sia personalmente sia rispetto alle partorienti, di ciò che avveniva nel

sistema. Le madri, i gruppi di genitori, furono quindi aiutati da ostetriche regolarmente diplomate, da qualche medico e da un gruppo crescente di ostetriche non diplomate («empiriche»). Ho trovato ostetriche empiriche tanto nel Nord America e, stupitevi pure, in Svezia. Che ciò avvenisse negli Stati Uniti e in Canada non mi ha sorpreso, dato che in molti stati di questi paesi la professione di ostetrica è vietata. La Svezia ha invece un sistema sanitario efficiente dove ognuno ha diritto di essere curato, e viene in effetti curato, in ospedale. Negli ultimi sette o otto anni, tuttavia, vi è stato in Svezia un crescente movimento di protesta per il modo di partorire in ospedale, troppo medicalizzato e tecnicizzato.

In Svezia tutte le donne vengono «monitorizzate» durante il parto e sono sottoposte ad almeno due ecografie durante la gravidanza. Un numero crescente di donne ritiene che ciò non dovrebbe avvenire e alcune sono così spaventate che preferiscono partorire in casa da sole, senza nessun aiuto. Alcune ostetriche prestano assistenza ma lo fanno a proprio rischio poiché non sono autorizzate a farlo senza la presenza di un medico; i medici, a loro volta, non osano praticare parti a domicilio per cui molte donne che hanno partorito in casa, da sole, si trasformano in ostetriche dilettanti e aiutano le altre che scelgono di non recarsi in ospedale.

Qualche parola su queste ostetriche empiriche. Ho imparato a rispettarle quando ero nel Tennessee, nelle fattorie ove vi è una lunga tradizione di levatrici empiriche. Molte di queste empiriche fanno esperienza per cinque-sette anni con altre ostetriche prima di iniziare a lavorare da sole. Inoltre molte di loro leggono molti libri o seguono dei corsi. Credo che le loro conoscenze siano di alto livello. Una delle caratteristiche delle empiriche con cui ho parlato è l'importanza che esse danno agli aspetti psicologici e sociali della gravidanza e del parto.

Dirò ora qualcosa sulle pratiche alternative attualmente in uso nel sistema ufficiale, in alcuni ospedali europei. Vi mostrerò qualche diapositiva. La prima è presa in prestito da Brigitte Jordan, dal suo studio sul modo di partorire negli Stati Uniti, e mostra il tipico parto in ospedale. Mentre viaggiavo per il mio studio sulle pratiche alternative andavo spesso negli ospedali normali per vedere quale fosse il parto ordinario in quello specifico paese. Se infatti non avessi visto l'ordinario non avrei mai individuato l'alternativo. Ho visto quindi

questa scena ovunque, in Iugoslavia, Turchia, Marocco, Svezia, Danimarca, Islanda, Stati Uniti, Canada: la donna supina, gambe sulle forcelle, gli strumenti, e tutto ciò che vedete e a cui siamo abituate. A parte questo, c'è un'altra cosa che ho scoperto del parto ufficiale e cioè che l'ambiente circostante è più o meno lo stesso; quel che varia è il contenuto. Ad esempio, in un certo ospedale il medico può decidere che un parto debba concludersi nel giro di otto ore e dunque si agirà di conseguenza; in un altro tutte le donne saranno episiotomizzate; in un altro ancora le membrane verranno lacerate non appena sarà possibile introdurre due dita nel canale del parto. In quasi tutti gli ospedali le donne verranno monitorizzate durante tutto il travaglio e il parto e questo nonostante che non vi siano prove che tale pratica sia utile. Come monitor è sufficiente il battito cardiaco.

Per contrasto, ecco un altro parto. Siamo sempre negli Stati Uniti ma questo parto si svolge a casa. Vedete quanta gente sta attorno alla donna e vi sono più uomini che donne. Quest'altra, invece, è la diapositiva di un parto in ospedale o in un centro di nascita: potete vedere quante mani circondano la donna e la sostengono. In effetti non c'è molta differenza fra la precedente scena e questa che pure si svolge in ospedale.

Mentre viaggiavo e parlavo come ora sto parlando con voi, molte ostetriche mi dicevano: «Oh, è facile per lei parlare di tutto quello che si fa fuori, ma noi dobbiamo adeguarci alle regole dell'ospedale e non possiamo fare tutte queste cose». E allora pensavo: «Perché no? Per quale ragione?». Uno dei motivi che più spesso veniva avanzato, dell'impossibilità a cambiare, era che la donna in travaglio doveva spesso essere monitorizzata e dunque si trovava nell'impossibilità di muoversi. In alcuni luoghi si è incominciato a discutere sul perché certe cose non si possono fare e si è scoperto che il farle non è poi così difficile e non è neanche necessario avere letti speciali. In certi ospedali ci sono letti reclinabili e sedie da parto che costano migliaia di dollari, che secondo me non sono affatto indispensabili: al limite potrebbe bastare un lenzuolo steso sul pavimento.

Sono stata a Pithiviers, in Francia, dove lavora Michel Odent, non so, penso che alcune di voi ne abbiano sentito parlare. Si tratta di un piccolo ospedale che ha una media di circa mille parti all'anno. Il dottor Odent è stato allievo di Leboyer e dunque capite a quale indirizzo appartenga. Benché io non creda che gli uomini debbano

dire alle donne come si debba partorire, Michel Odent sta tuttavia facendo un lavoro che a mio parere è eccezionale. In ospedale c'è una normale sala da parto, piuttosto piccola, con le pareti dipinte di un colore caldo e un grande letto in cui la partoriente può muoversi liberamente. A fianco c'è una stanza da bagno con una grande vasca dove la donna può stare mentre ha le contrazioni. Alcune si rifiutano di uscire dall'acqua nella fase espulsiva e partoriscono direttamente nella vasca. La prima volta avvenne per errore, poi...

Ho però anche visto qualcosa che a mio parere non va affatto bene e cioè che gli entusiasti di un metodo tendono a costringere tutti a seguirlo. Credo infatti che la cosa più importante per chi aiuta le donne a partorire sia scoprire che cosa la donna vuole e aiutarla in questo senso. Per scoprire che cosa la donna vuole occorre tranquillità e la fiducia della donna in chi l'assiste. Questo è molto importante. In Danimarca per oltre dieci anni abbiamo avuto un sistema che faceva sì che le ostetriche fossero del tutto sconosciute alle partorienti; ora le ostetriche stanno lottando per cambiare la situazione e credo che siano sul punto di riuscirvi.

Vi mostrerò adesso delle diapositive, che peraltro non mi piacciono affatto perché mostrano il corpo della donna solo dalla vita in giù, e questo è un modo tipicamente medicalizzato di vedere il parto. Ve le mostro perché possiate avere l'esempio di un'altra posizione di parto e qualcosa che succede quotidianamente negli ospedali del mio paese. Questa donna è carponi nel solito lettino d'ospedale. Come ostetrica ho aiutato molte donne a partorire in questo modo e per me questa posizione è ottima perché facilita le spinte, evita spesso le lacerazioni e, dunque, rende superflua l'episiotomia. Va ricordato, però, e va ricordato sempre, che non si deve forzare la donna ad assumere questa posizione. Le partorienti devono sentirsi a proprio agio.

Le prossime diapositive ve le mostrerò molto in fretta, comunque potete rendervi conto della situazione. Anche queste diapositive in cui la donna viene ripresa dal di dietro mi piacciono pochissimo. In questa la donna si riposa fra una contrazione e l'altra. In quest'altra circonda con le braccia il collo del marito, che siede di fronte a lei. Credo che se lui sedesse in cima al letto sarebbe più facile per la donna sostenersi, appoggiandosi al marito. Guardate ora l'ostetrica, tiene la mano stesa e aperta all'altezza del perineo, non fa altro. È un momento che ho sperimentato innumerevoli volte: ogni cosa

diventa semplice se si lascia che la donna faccia ciò che ritiene meglio. Adesso l'ostetrica fa qualcosa che io non farei, cioè toccare leggermente il perineo. Un'altra cosa che ho imparato dalle ostetriche empiriche è il non aver fretta, non essere impazienti. Ancora l'ostetrica tocca il perineo e lo massaggia. Ecco, in quest'altra diapositiva si vede il bambino che è nato, fra le gambe della madre. Che fa la madre adesso? Semplicemente si siede. Guarda il bambino, quindi lo prende, essa stessa lo libera dal muco, lo guarda ancora, incomincia a toccarlo.

Fra un po' se lo avvicinerà al seno. È stato tutto molto semplice: quando c'è questa semplicità io, come ostetrica, so di essere nel giusto.

Quest'ultima osservazione mi porta a parlare di quel che sta succedendo fra le ostetriche in molti paesi europei: posso portare me stessa come esempio dei cambiamenti che stanno avvenendo. Sono ostetrica da diciasette anni. Quando frequentavo la scuola ci insegnavano a usare le mani, gli occhi, le orecchie e l'intuizione. Ero ostetrica da sei anni quando incominciarono a entrare in sala parto le nuove tecnologie. Ricordo chiaramente che una mattina arrivai al lavoro e trovai che in un angolo della sala c'era un monitor fetale. Non sapevamo che cosa fosse, nessuno ce ne aveva parlato, nessuno ci aveva interpellato. Eppure era lì, all'improvviso. Alcuni medici ci insegnarono ad usarlo ed io ne fui affascinata e imparai rapidamente ad usarlo molto bene. Ero brava a sistemare gli elettrodi all'altezza della testa del bambino o a introdurre il catetere intrauterino per misurare le contrazioni dall'interno.

Quasi contemporaneamente gli ultrasuoni fecero la loro comparsa in ospedale. Io aspettavo il mio terzo figlio e pensai che fosse una cosa meravigliosa poter vedere l'aspetto del bambino. Per i successivi tre anni fui sempre più interessata a questi affascinanti strumenti tecnici, rendendomi chiaramente conto di quanto, in certe situazioni, fossero utili. Contemporaneamente, però, vedevo quanti cesarei inutili si facessero e cominciavo, anche, a dubitare delle mie capacità di intuizione dal momento che non avevo più la possibilità di farne uso.

Più o meno nello stesso periodo incominciò a farsi sentire in Danimarca un movimento di utenti chiamato «Genitori e nascita» che protestava sempre più vivacemente contro l'approccio tecnico nel par-

torire. All'inizio pensammo che fossero dei pazzi e non ci facemmo molto caso. Poi cominciammo a preoccuparci: i genitori venivano nella sala antistante la sala parto ponendo le richieste più svariate. Poi a me accadde qualcosa. Una domenica mattina fui chiamata per un parto a casa. Non mi era mai successo, quella donna stava per avere il quinto figlio, ed io ero veramente spaventata. Cercai di fare andare un'altra ostetrica ma non trovai nessuno; neanche il medico volle venire e così dovetti proprio andare. Quando arrivai vidi che la donna aveva delle buone contrazioni e che entro qualche ora il bambino sarebbe nato. La partoriente camminava per la stanza e i suoi quattro figli, dai tre ai dieci anni, le correvano intorno. Quando le contrazioni divennero più forti la donna pensò che le avrebbe tollerate meglio appendendosi al collo del marito, fortunatamente un uomo molto robusto. Quando iniziarono le doglie espulsive ella cominciò a spingere: ad ogni spinta sollevava le gambe e stava appesa al collo del marito che, in piedi contro la parete, la sosteneva al momento delle contrazioni. Allora mi innervosii e le dissi: «Per favore, vada a letto, non può partorire così». Lei non ne volle sapere e così dovetti stare al suo gioco. L'unica cosa che feci fu di inginocchiarmi dietro di lei e tenermi pronta. Quando comparve la testa del bambino la donna si mise giù e sedette sul bordo del letto. Quando il bambino nacque io lo tenni un poco e poi lo passai alla madre che lo prese e se lo mise al seno. I quattro ragazzini erano sempre intorno a guardare la madre e il nuovo nato, una bambina. Il tutto fu molto semplice e senza problemi.

Questa esperienza mi suscitò tanti interrogativi e incominciai a riflettere sulle abituali procedure ospedaliere. Era proprio necessario tutto quello che si faceva? Cominciai a parlare con le donne che avevano partorito, che mi dicevano di non essersi mai lamentate perché risultava molto difficile comunicare i propri sentimenti e le proprie esigenze: «Quando sei distesa in travaglio, non vuoi dar fastidio a chi ti sta intorno e quindi cerchi di fare quel che ti dicono di fare». E nel momento in cui tutto finisce, se finisce bene, si provano anche sentimenti di riconoscenza.

Il fatto è che per molte donne il parto non finisce affatto bene ma comporta strascichi psicologici notevoli. In Danimarca abbiamo fatto un'inchiesta ad ampio raggio e abbiamo scoperto che il 30% delle donne ha avuto delle depressioni post partum. Non mi piace

usare la parola depressione, perché a mio parere queste donne hanno avuto una reazione sana ad un evento traumatizzante, a un qualcosa che è capitato loro durante il travaglio e il parto, abbastanza spaventoso da lasciarle poi del tutto infelici.

Come ostetrica mi sento responsabile e faccio in modo che le donne si sentano soggetti, protagoniste dell'evento. Nella nostra società si insegna alle donne ad essere «gentili ed educate» e io credo che questo debba finire. È questo il nodo che molte donne e molte donne femministe si trovano ad affrontare durante il parto: da un lato desidererebbero comportarsi come si sentono di fare, dall'altro sono state abituate al controllo e «all'educazione»; devono perciò decidere fra la cultura che impone certe regole e il processo di liberazione che hanno incominciato a percorrere. Ritengo molto importante che le femministe abbiano incominciato ad occuparsi della gravidanza e del parto perché, secondo me, se ad una donna è consentito di mettere in gioco tutta la sua forza e la sua iniziativa nel partorire, essa sarà più forte nelle prove ulteriori della vita.

Per quel che riguarda le ostetriche si può infine osservare che in Europa esse si avviano ormai verso il cambiamento, anche se molte di loro, prima di cominciare ad ascoltare le donne e a sentirsi responsabili verso se stesse e le proprie compagne di sesso, dovranno ancora passare attraverso l'esperienza del parto «tecnologico». Ma ormai sta sviluppandosi in Europa un movimento di ostetriche che desiderano rivalutare il proprio lavoro e che riconoscono l'importanza dell'identificarsi con le esigenze delle donne. Ciò significa lottare: queste ostetriche desiderano usare gli strumenti della tecnologia solo quando essi siano utili. In questo consiste il cambiamento. È bene che ci si allontani dalle nascite «tecnologiche» e si torni ad un modo di partorire più umano.

(traduzione a cura di Bianca Gerbaz)

LA COMPRENSIONE DEL PARTO
di *Marina Sbisà*

Questo titolo è troppo ambizioso; capire, stabilire, descrivere come le donne capiscono il proprio parto, che immagine se ne facciano, che sapere possano costruirsene, è un compito enorme. Non è una cosa che si risolve né con un'inchiesta né con due, non con l'analisi di dieci racconti né con quella di cento. È un compito appena iniziato e ricco di problemi e prospettive; richiede, fra l'altro, lo sforzo di una riformulazione concettuale di base, dell'adattamento delle metodologie d'analisi alla scoperta e all'elaborazione di un punto di vista tutt'altro che codificato.

Questo mio intervento cercherà di effettuare, in ogni caso, un primo passaggio da quella che potremmo chiamare la scena esteriore del parto, (e che è stata ampiamente analizzata e discussa dalle relazioni precedenti), a quella che io chiamerei la scena interna o interiore, il modo cioè come la donna che ha attraversato questa esperienza è in grado di ricostruire e quindi di rappresentare e di comprendere ciò che ha vissuto. Beninteso, non è che tra scena esterna e scena interna manchino le connessioni. Anzitutto, una connessione molto ovvia è rappresentata dall'insieme di codici gestuali, di regolarità di comportamento, in parte di carattere etologicamente o persino fisicamente determinato, e in parte dovuti a delle sovrapposizioni, a delle regole culturali che mediano le manifestazioni del vissuto. In sostanza se noi sappiamo quali sono i comportamenti standard espressivi di certi vissuti in una data società, possiamo sia produrre un dato comportamento per manifestare un certo vissuto, sia interpretare un dato comportamento (sia esso prodotto a fini comunicativi o meno) come espressione di un certo vissuto.

Così, c'è connessione e in certi casi persino confusione fra, (poniamo), ansia o dolore sulla scena interna e comportamenti che contano sulla scena esterna come evidenti manifestazioni di ansia o dolore. Si consideri per esempio l'influenza dei modelli di comportamento culturalmente considerati appropriati sull'attesa di provare i vissuti corrispondenti o sulla supposizione che questi siano i vissuti «normali»: se è il silenzio il comportamento appropriato o se invece

il comportamento appropriato è l'urlo, si tenderà a mettere in luce piuttosto lo sforzo che il dolore, o viceversa.

Un altro tipo di connessione è legato alla ridefinizione dei rapporti intersoggettivi che avviene durante la situazione di parto. Questi rapporti si realizzano sulla scena esteriore; è come effettivamente il personale d'assistenza si rivolge alla donna, come effettivamente ella vi risponde, che determina la rete di relazioni intersoggettive. Però è in questa rete che si determina a sua volta la soggettività della partoriente, perché sempre la soggettività si forma, si definisce, si ridefinisce nell'interazione di un soggetto con altri. Per esempio, laddove si crea un rapporto di rispetto reciproco e di riconoscimento del rispettivo sapere o volere, il soggetto donna è ben altro soggetto che non là dove la sua competenza viene squalificata e le sue volontà misconosciute. Il terzo tipo di connessione lo chiamerei relativo all'agio e rispettivamente disagio della partoriente. Questi sono da un lato strettamente legati alle scelte esterne che vengono fatte, ma dall'altro dipendono soprattutto dal modo in cui la donna vive e attribuisce significato a queste scelte. Pensiamo alla questione della posizione in cui partorire: la posizione raccomandata da un certo indirizzo ostetrico (proposta-imposta quindi alle partorienti che secondo tale indirizzo vengono assistite) in certe circostanze e per certe donne può portare un significato di disagio, e viceversa. Qui i due livelli dell'organizzazione esteriore della scena del parto e del vissuto di agio / disagio della partoriente si influenzano reciprocamente, ma non in una connessione automatica, bensì in base a quella che è la recezione da parte della donna della situazione che le viene proposta. Pertengono invece direttamente alla scena interiore, benché siano formulati e trasmessi in situazioni sociali e quindi esterne, quegli schemi di riferimento sia cognitivi che normativi che le donne vengono ad apprendere in sede di preparazione al parto e che, se non guidano completamente la loro comprensione della propria esperienza, certamente interferiscono con essa.

Il mio approccio alla scena interiore del parto è fatto alquanto modestamente attraverso il racconto. Comunque, ciò non comporta rispolverare dei procedimenti d'introspezione: non è necessario attribuire ai racconti il valore di testimonianze-verità. Bisogna considerare invece che in un racconto, anche quando il racconto è fatto da una persona su se stessa, su qualcosa che è capitato proprio a lei,

c'è sempre una distinzione o già tracciata, o almeno tracciabile, tra narratore e personaggio. Da un lato il narratore è il soggetto che racconta e quindi è responsabile della forma linguistica, delle scelte semantiche, degli atti linguistici (asserzioni, valutazioni...) che compie nel costruire il suo racconto, e via dicendo. Dall'altro lato, il personaggio è un effetto di questa costruzione. A noi, interesserà vedere come l'intervistata in quanto narratrice struttura e valuta la vicenda del suo personaggio, e non certo verificare quale personaggio ella veramente è stata; per quanto, beninteso, se il modo in cui una donna racconta il proprio personaggio di partoriente riflette come ella può capirsi e accettarsi in relazione a tale circostanza, non v'è personaggio che ella sia «veramente» stata al di fuori del personaggio in cui ella si rappresenta.

Il materiale su cui si baseranno le mie considerazioni consiste in alcuni colloqui registrati (in particolare, sette) svoltisi circa un mese dopo il parto delle intervistate. Tali colloqui fanno parte di un più vasto materiale in corso di elaborazione, comprendente, per ciascuna intervistata, tre colloqui successivi: uno all'ultimo trimestre di gravidanza, uno un mese dopo il parto, il terzo circa 18 mesi dopo. Nei colloqui avvenuti a un mese dal parto sono risultati reperibili, con una certa regolarità, alcuni elementi discorsivi che possono comparire in ordine diverso: un racconto del parto (continuo o interrotto da digressioni), uno o più racconti «complementari» ad esso e riguardanti episodi ed aspetti in esso non inclusi o non messi a fuoco, descrizioni di circostanze, comportamenti, persone e vissuti, e valutazioni che possono riguardare sia gli eventi e le circostanze oggetti di racconto e descrizione sia il proprio stesso racconto, cioè il grado di attendibilità delle notizie che vi vengono fornite, il carattere più o meno interessante o sorprendente dell'una o dell'altra fase del racconto stesso, e così via. Dall'insieme del sotto-campione di 7 colloqui, e con riferimento soprattutto al primo di questi elementi discorsivi, il racconto del parto, cercherò di trarre alcuni temi comuni che permettano delle prime riflessioni su come la scena interiore del parto risulta organizzata.

Una nota marginale, ma importante, riguarda il fatto che tutti i racconti cui farò riferimento sono stati raccolti a Trieste. Ciò non ne influenza soltanto le caratteristiche strettamente linguistiche (presenza più o meno massiccia del dialetto), ma anche alcune caratteristiche genericamente parlando «culturali».

L'atteggiamento del triestino nei confronti dell'istituzione ospedaliera è per lunga tradizione estremamente «allineato»; ad esempio, mi risulta che il costume della morte in ospedale anziché in casa si sia diffuso qui ben prima che in altre parti d'Italia. E quanto al nascere, se quindici anni fa o poco più c'era una scelta molto drastica fra un vecchio ospedale pubblico notevolmente squallido e le cliniche private, d'altronde accessibili con assistenza mutualistica, dove lavoravano numerosi ginecologi ma la parte del leone la facevano le ostetriche, oggi esiste un ospedale materno-infantile tecnologicamente all'avanguardia e che esercita una sensibile influenza culturale sulla città e sulla mentalità delle famiglie e delle stesse donne; i parti in clinica privata sono pochissimi e sulle «pagine gialle» dell'elenco telefonico provinciale sono indicate solamente tre ostetriche. In sostanza, salvo che per i dissidi più o meno garbati fra i due reparti che si dividono i parti delle triestine nell'ambito del medesimo ospedale, e che hanno due indirizzi ostetrici parzialmente diversi, il parto avviene in una situazione di monopolio; le donne, comprese quelle da me intervistate, concordano nel trovare che l'ospedale sia il luogo naturale per avere un parto e ne accettano come necessarie le abitudini e le procedure. Ciò si riflette nei nostri racconti nei modi in cui vien fatto riferimento alle pratiche ostetriche più frequenti che le intervistate identificano come l'iter «normale» della partoriente («prima mi hanno rotto le acque, naturalmente, poi mi hanno portata in sala») e con l'uso prevalente anche se non generalizzato del lessico appreso nei corsi di preparazione («le contrazioni», piuttosto che «i dolori» o «le doglie»).

Il primo tema che vorrei proporre, lo chiamerei il tema della sorpresa. Si tratta di qualcosa d'ambiguo che riguarda in parte il contenuto del racconto, il modo di vivere il parto o il modo in cui lo stesso parto si presenta alla protagonista, in parte la presentazione del racconto stesso. Infatti in ogni racconto — soprattutto quelli che vengono offerti spontaneamente durante una conversazione, ma in certa misura anche i nostri racconti che, benché esplicitamente richiesti alle interessate, avevano luogo nell'ambito di una conversazione largamente informale e costituiscono quindi una via di mezzo fra «storia» e «resoconto» (come li distingue, ad es. Polanyi 1982) — v'è uno sforzo del narratore di rendere il racconto stesso interessante, dotato di un *Witz* (o *point* per dirla all'inglese) che ne giustifichi la narrazione, ap-

punto «raccontabile». I colpi di scena, il divario fra aspettative dell'uno o dell'altro personaggio e quel che poi effettivamente succede, sono senz'altro funzionali a quest'esigenza del raccontare. Ma forse non è un caso che siano proprio queste le strategie per «animare» il racconto, che s'incontrano più di frequente nei racconti di parto. L'insorgere del travaglio, benché previsto ed atteso, non è rappresentato quindi come un fatto ovvio, ma come qualcosa che in un modo o nell'altro va contro le aspettative («mi è sembrato strano, no, perché io mi aspettavo un'altra maniera»); oppure, il decorso del travaglio stesso prima suscita e poi smentisce le aspettative dell'interessata («pensavo mah forse [...] io li sopporto perché ho anche dolori mestruali [...], forse sono abituata e allora non mi fanno tanto male; e invece poi...) o a volte del personale d'assistenza («la dottoressa mi aveva detto sì il periodo più brutto è fino ai sei centimetri, ha detto dai sei ai nove poi va; e mi sti sei a nove centimetri [...] xe stà un'ora e mezza che io credo che se son viva...»).

Certo, sarebbe affrettato concludere dalla presenza di quest'elemento «sorpresa» che il parto, almeno in una data situazione culturale, si presenti alle donne — nonostante tutte le previsioni e i controlli che permettono di sapere tante cose in anticipo — con la forza dell'imprevisto, dell'imprevedibile e quindi, potenzialmente, di una rivelazione. Se un tale elemento c'è, non ne viene poi fatta un'elaborazione consistente, per lo meno sul piano linguistico; e tentativi di una tale elaborazione svaniscono abbastanza presto, rimossi (ma esattamente, perché?) dalla memoria cosciente, cosa che alcune intervistate esplicitamente dichiarano («sai se venivi subito il primo giorno dopo ti raccontavo tutto, comunque adesso già già è passato») o ricondotti a normalità da una retorica della maternità che ha la proprietà di colpire l'interessata con la novità di una scoperta ma di esprimersi in termini del tutto corrispondenti agli stereotipi consolidati («ecco forse ho capito che esser donna ha delle differenze veramente notevoli rispetto all'uomo [...] perché c'è una gravidanza di nove mesi che effettivamente è un rapporto costante della donna col proprio bambino, e dopo c'è il parto dopo c'è tutto l'allattamento che è propio 'sta 'sta simbiosi»).

Un secondo tema che riguarda più direttamente l'organizzazione della scena del parto come la vede l'interessata è la distribuzione di personaggi e ruoli all'interno del racconto. Nel nostro piccolo cam-

pione di storie, v'è sempre, ovviamente, un «io», la partoriente. Gli altri due personaggi essenziali con cui questo «io» interagisce sono: «loro», spesso semplice soggetto sottinteso, il personale d'assistenza che in alcuni casi ma non in tutti prende anche i connotati più personali di un dato medico od ostetrica; e rispettivamente il processo stesso del parto, rappresentato da realizzazioni linguistiche svariate, più o meno svincolate dall'«io» della partoriente. È curioso osservare come il partner, per lo più presente ai parti raccontati, non ne sia necessariamente un personaggio: egli ha un ruolo soprattutto nella prima fase dei racconti, che in genere riguarda il passaggio dalla casa all'ospedale, in quanto condivide ed aiuta il processo decisionale riguardante il ricovero e la sua effettuazione pratica. Il suo comportamento, le sue reazioni nel corso del travaglio e del parto sono per lo più oggetto di racconti «complementari» sollecitati dall'intervistatrice, che a volte innescano un *replay* dell'intera vicenda formulata però da un altro punto di vista, quasi a sottolineare che la relazione con il partner, anche all'interno dell'esperienza del parto, è «un'altra storia» rispetto alla vicenda del partorire di per sé considerata. E che coinvolge essenzialmente, appunto, la donna, chi l'assiste (e spesso gestisce), e il processo che è in lei.

Il punto più delicato ed interessante di questa questione dei personaggi e dei ruoli nell'ambito del racconto di parto è prevedibilmente, il modo in cui viene messo in scena il processo stesso del travaglio. Le alternative sono qui tra rappresentarlo come un processo organico più o meno autonomo dalla soggettività della partoriente (fra l'altro, è così che appare quando viene descritto in base ai grafici del monitor) o invece metterne in luce gli aspetti percettivi e quindi soggettivi; fra rappresentare il lavoro dell'utero come qualcosa che appartiene alla partoriente e che in qualche modo può essere riferito a lei stessa, o invece come qualcosa di più o meno estraneo che l'investe coi suoi ritmi capricciosi e inesplicabili. Non si tratta tuttavia di alternative rigide; più di un'espressione d'uso comune è alquanto ambivalente («avere contrazioni», «avere dolori» si adattano a contesti di carattere diverso). Da osservare, ancora, la prevalenza del termine «contrazioni» usato nei corsi di preparazione, su quelli «dolori», «doglie», «male» (per lo meno, se disgiuntamente considerati); l'inclinazione prevalente delle narratrici a presentare queste «contrazioni» come qualcosa che agisce indipendentemente dal soggetto che

le «ha» (in questo caso, «ha» = «ospita»), qualcosa che «viene», «arriva», «passa», eccetera, o addirittura che agisce *su* questo soggetto («subire le contrazioni»); il fatto che la possibilità di lasciare il soggetto grammaticale sottinteso consente a volte di lasciare indeterminato chi o che cosa «fa male» a chi, chi o che cosa «si apre» o «è aperto» o «si dilata» (un caso opposto, ma sulla stessa linea, è dato dall'uso della forma passiva senza complemento d'agente/causa efficiente: «sono stata travolta»); il fatto che dei due modi di mettere in gioco il soggetto, è meno infrequente l'indicarlo come effetto del processo del travaglio («mi sono incominciate le contrazioni» anziché «le contrazioni sono cominciate») ovvero come soggetto che sente, percepisce ciò che avviene («sentivo questa sensazione di fastidio che mi arrivava», «sentivo che — i dolori — diventavano più frequenti») che non l'indicarlo come svolgente in prima persona il lavoro del parto («mi dilatavo», «iero già sei centimetri»). Una situazione linguisticamente assai variegata, persino confusa, attraverso cui ciascuna narratrice/partoriente traccia la sua strada personale e che suggerisce — a una considerazione complessiva — una sorta d'impaccio, di timidezza di fondo da parte delle donne (per un'antica alienazione ma anche in sintonia con le rappresentazioni fornite dalla divulgazione medica: cfr. Sbisà 1984) ad assumere su di sé il (sorprendente...) lavoro del travaglio.

Un terzo tema, d'importanza centrale, riguarda il modo in cui i personaggi del racconto di parto interferiscono fra loro, agiscono l'uno sull'altro; e in particolare come si delinea la cosiddetta «competenza modale» della partoriente (cfr., per questo concetto semiotico, Greimas e Courtés 1979, Greimas 1983 [1985]) per quanto riguarda ciò che ella può, non può, deve, non deve essere o fare. Tenendo presente che il riferire, in un racconto, un'azione di un personaggio comporta il presupporre, in quel personaggio, un poter fare corrispondente, è abbastanza agevole ricostruire qual è il livello e il raggio del poter fare attribuito alla partoriente; se a ciò si aggiunge l'osservazione delle attribuzioni esplicite o semi-esplicite di qualifiche modali positive o negative, ne risulta con sufficiente chiarezza, per ciascun racconto, il percorso della soggettività della protagonista. Questi percorsi hanno di caso in caso punti di partenza, caratteristiche, esiti diversi; è possibile però trovarvi degli elementi comuni, darvi un'analisi in chiave unificata.

Si tratta, in particolare, di riconoscere nella storia narrata un filone tematico che riguarda proprio il conflitto fra quanto la protagonista può e quanto non può fare. Questo conflitto, presente in un modo o nell'altro in tutti i racconti del mio campione, ha una dimensione strettamente legata al processo del parto, sia nel senso che lo svilupparsi di questo impedisce progressivamente le attività della vita quotidiana, sia nel senso che il processo di dilatazione ed ancor più la fase espulsiva finale possono essere rappresentati come manifestazione d'un poter fare d'altro genere. Ma ha anche una dimensione più astratta, meno legata a contenuti specifici: pare, infatti, che a *qualunque* presenza di una modalità «potere» nella competenza della protagonista — si tratti di un poter svolgere attività banali, o di un poter mettere al mondo — corrisponda un elemento tendenzialmente euforico, che contribuisce a determinare per lei una situazione di agio; mentre lì dove si presenta un qualunque non poter fare, dove le limitazioni del poter fare sembrano averla vinta sui tentativi della protagonista di mantenere un qualche poter fare sia pur spostandolo altrove, si generano facilmente situazioni di disagio che possono spingersi fino all'intolleranza totale della propria condizione (che, in termini modali, possiamo indicare come un non poter essere). Alcuni esempi, tratti rispettivamente dal racconto di un parto assai ben tollerato e da quello di un parto molto sofferto, potranno meglio chiarire il manifestarsi di questo conflitto modale e la sua relazione con la valutazione che la narratrice dà dei propri vissuti (per una discussione dedicata esclusivamente a questi due casi e per le trascrizioni dei racconti relativi, si veda Sbisà 1985).

L'intervistata che chiameremo Lorenza ammette all'inizio del suo racconto una prima limitazione del proprio poter fare: «me son sveiada la matina, che no riuscivo più a dormir», ma, dopo questa ammissione iniziale, il suo racconto è anzitutto un racconto di quanto ha potuto ancora fare prima di giungere alla fase conclusiva del parto: come s'è alzata, ha bevuto caffè, s'è lavata e preparata per andare in ospedale, come in ospedale più tardi ha fatto colazione, come ha potuto camminare in giro per il reparto fino all'ultimo momento. Analogamente, le sue relazioni con «loro», il soggetto plurale non meglio qualificato che rappresenta l'insieme del personale d'assistenza, non riportano divieti od obblighi ma soltanto dei permessi (e il permesso può essere definito come un'assegnazione di poter fare). Non che Lo-

renza possa fingere, nella situazione ospedalizzata, di non essere stata sottoposta a pratiche obbligatorie, ma riferisce tali doveri solo indirettamente a se stessa, sottolineando invece con l'uso della forma impersonale che essi sono attribuiti in primo luogo alla collettività delle partorienti ospedalizzate. Bilanciando così non poter fare e poter fare, ampliando o spostando o sottolineando quest'ultimo ogni volta che l'altro avanza, Lorenza arriva alla situazione del non poter non spingere strutturandola positivamente come manifestazione di un poter spingere (e voler spingere), quindi non come limitazione ma come espletamento di qualcosa che è comunque un poter fare. Dirà fra l'altro, commentando il proprio racconto: «mi gavevo una voglia ssfrenata de spinger (...) cioè per mi dovevo spinger assolutamente e el fato de liberarme xe sta una cosa piacevole». Si noti, marginalmente: in questo racconto l'elemento sorpresa sta nell'aver potuto partorire velocemente, prima di quanto previsto dall'interessata e dallo stesso personale, e senza che la propria soggettività — a livello di poter fare e di poter essere — ne sia lesa o intaccata.

Non così si può dire dell'altra intervistata, che chiameremo Aurelia, la quale del proprio parto dà un racconto assai sofferto — depresso, angosciante — ed accompagnato da valutazioni negative. Il suo percorso inizia in modo opposto a quello di Lorenza: cioè non menzionando un proprio non poter fare, ma un supposto dover fare da lei attribuito al processo del parto, che il reale effettuarsi di quest'ultimo ha smentito («io lo aspettavo per il ventisei gennaio invece è nato il tre febbraio»). Per lei, il parto doveva accadere in una certa data, magari anche in un certo modo, e invece risulta impossibile disporne, anzi è lei stessa — non appena il parto inizia — ad essere segnata dalla modalità del dovere e a perdere via via quota per quanto riguarda il potere. Per inciso, l'elemento sorpresa sta qui, almeno inizialmente, proprio nello sfuggire di mano del processo del parto.

Già dalle prime battute la partoriente si qualifica come soggetta a dover fare: «sono andata subito in ospedale perché mi han detto che bisogna andarci subito», «dovevo star ferma». Si tratta fra l'altro di dover fare che coincidono con dei non poter fare (dover star ferma, non potersi muovere). Ed impercettibilmente la competenza della protagonista come soggetto di fare viene erosa: nel racconto sono rappresentate sempre più azioni ed attività del personale d'assistenza — il monitoraggio, gli spostamenti di stanza, la somministrazione di Va-

lium — ovvero l'aumentare delle contrazioni, mentre non compaiono azioni della partoriente se si eccettua il comportamento linguistico di lamentarsi (che fra l'altro, essendo di tipo illocutorio comportativo, non presuppone un poter fare anzi parte proprio da una situazione di bisogno e non potere: cfr. Sbisà 1983). Appare un conseguente esito di questo percorso che nei confronti della fase espulsiva il non poter fare della protagonista diventi esplicito. «Io ho provato a spingere» ella dice «a mettere in pratica la spinta che mi hanno insegnato, solo che ci riuscivo ma mi sembrava di di sforzare, di fare uno sforzo inutile», «praticamente riuscivo a fare due tre spinte poi no no non ce la facevo», «non riuscivo più anche se c'era la contrazione». Aurelia soffre di una congiunzione altamente negativa tra non poter fare e dover fare (a quel punto, infatti, anche a parte il dovere più circoscritto di adempiere agli insegnamenti ricevuti *deve* almeno partorire) che peggiora in lei sempre più fino ad un rifiuto del fare, e dello stesso dover fare: racconta d'aver chiesto l'intervento medico, quale che sia, magari il taglio cesareo per non sentire più niente, e commenta «io so che in quei momenti ho pensato ma chi me l'ha fatto fare, volevo tornare indietro...». Ella non vuole più dover fare, perché è un dover fare che non corrisponde al suo voler fare, lei non sente parte del suo poter fare, che insomma le sfugge completamente. La sua situazione può, con termine tecnico, dirsi disforica, la più negativa per una soggettività che immaginar si possa.

Anche questo racconto, però, ha una risoluzione. Il non potere di Aurelia diventa in qualche modo potere, passando attraverso l'«aiuto» del medico («poi il medico mi ha aiutato, [...] mi è venuto sopra praticamente con le mani e ha spinto» — lei mima a questo punto il singulto di chi prova un dolore fortissimo ed immediato — «una cosa, un dolore tremendo»). Questo poter fare acquisito con l'intervento medico è oggetto di valutazioni contrastanti, ambigue, da parte della stessa narratrice. Siccome il figlio è nato, lei dice anche in conclusione che, in fondo, lei questo figlio lo poteva fare: «cioè mi sembrava di non farcela, in effetti ce l'ho fatta; è che il parto era normale perché il bambino era in condizioni perfette, non ha sofferto molto di..., cioè è andato tutto bene, ecco, non ci sono state complicazioni». Così dicendo, si rivaluta come partoriente, normalizza la propria situazione, e introduce fra l'altro nella storia un secondo elemento di sorpresa: il suo aver potuto essere una madre normale.

Resta, però, che *allora* ella «credeva» di non potercela fare; e questo fatto continua a segnarla, anche ora in qualità di narratrice, con un nuovo dovere, stavolta nei confronti del medico che l'ha assistita: «però devo ringraziarlo».

Certo da due casi non si possono trarre generalizzazioni; e neppure dagli altri cinque colloqui-intervista che in questa relazione ho tenuto presenti, e che anch'essi risultano interpretabili, ciascuno a suo modo, come storie di un conflitto fra non poter fare e poter fare dotato di ripercussioni sul poter essere della protagonista. La mia impressione però è che facendo più attenzione a non far non potere le donne quando non ci sia stretta necessità, mantenendo comunque sempre aperta per loro qualche alternativa, qualche poter fare sostitutivo anche solo di valore simbolico, si potrebbe contribuire ad eliminare quelle congiunture difficili da sopportare per la soggettività dell'interessata, che la spingono ad un'auto-comprensione disforizzante e negativa. Un'altra cosa che è anche molto importante in questa connessione, a cui accenno soltanto, è la questione della preparazione al parto. Nel non poter fare con tutte le relative tristezze del parto sofferente c'entra anche il fatto, emerso anch'esso nel colloquio-intervista con Aurelia, che lei a partire da circa metà del suo percorso di dilatazione uterina non è riuscita più a far la respirazione che le era stata insegnata (nella fattispecie una respirazione a fondo).

E anche questa è una costante nei parti sofferenti in cui mi sono imbattuta nelle mie interviste: quando la donna non sa, non riesce ad applicare il tipo di respirazione che le è stato insegnato — e tanto più se le è stato insegnato un tipo solo — il suo vissuto di non saper fare, di non poter fare può essere tanto frustrante da trascinare con sé nella disforia larga parte di tutto il resto. Ci si domanda se invece uno stimolo a far fronte all'evento non necessariamente nei modi già insegnati, ma anche in modi che la stessa interessata deve trovare concentrandosi sulla propria situazione, non potrebbe essere d'aiuto. Vi sono modi, io credo, che non sempre sono medici, ma molte volte semplicemente umani, di intelligenza, buon senso, soprattutto elasticità mentale, in cui si potrebbe favorire sia un parto che un vissuto di parto positivi.

Lasciando però questi problemi a chi è direttamente coinvolto negli aspetti tecnici della questione, vorrei accennare ancora a un tema — quest'ultimo estremamente problematico — che emerge dai

racconti che ho esaminato. Si tratta della posizione della donna, tanto come narratrice che come personaggio, nei confronti del sapere sia sul processo del parto in generale, sia sul suo parto e sulla sua esperienza di esso. Non sorprenderà l'osservazione che per lo più il sapere manifestato dalla narratrice sul decorso del proprio parto è ripreso direttamente dalle informazioni ricevute durante o dopo il parto stesso dal personale che l'ha assistita; poche narratrici formulano propri giudizi od ipotesi, in contrasto del resto mai men che larvato con l'interpretazione ufficiale. Così pure, niente di strano che l'eventuale sapere su come è o come dovrebbe svolgersi il parto in generale faccia riferimento a nozioni apprese più che all'esperienza diretta. Più strano è che spesso la narratrice si mostra incerta, oscillante, nel mettere a fuoco i propri vissuti, nel definire le sensazioni provate. O meglio, più che incertezza nell'attribuire determinate sensazioni o vissuti al personaggio-partoriente, v'è qualche problema a ratificarli come autentici, anziché come semplici *credenze* di provare qualcosa o di sentirsi in un determinato modo, che è possibile correggere a posteriori, o anche confrontandole con le impressioni dall'esterno del personale d'assistenza. Così il vissuto d'insostenibilità della propria situazione, riferito in alcuni racconti soprattutto alla fase finale della dilatazione, è per lo più raccontato come un *credere* di non poterne più, un sembrare di non farcela. Nel caso di Aurelia, qualcosa del genere si manifesta con riferimento alla fase espulsiva; ma ancora prima, troviamo nel suo racconto un esempio particolarmente inquietante della riluttanza della narratrice a ratificare come dati di fatto i suoi vissuti di partoriente. Si tratta del modo in cui viene raccontata la decisione del personale d'assistenza di darle il calmante. V'è una doppia valutazione: da un lato la narratrice aderisce al sapere del personale, ammette che chi la vedeva dal di fuori poteva giudicare il suo stato interiore attraverso le manifestazioni del medesimo: «Mi hanno dato del Valium, perché, l'ho saputo dopo, avevano paura che perdessi un po' il controllo no, ero abbastanza... così, presa dal panico»; «cioè, io mi lamentavo, ecco». Però, d'altro canto, a questo sapere che riconosce al personale d'assistenza lei affianca un tentativo d'affermare, benché debolmente, un sapere suo: «no, no, non mi rendevo conto di provare il panico in quel momento». Cosa significa «non mi rendevo conto di provare il panico»? Si può mai provare panico senza rendersene conto? E chi ha dunque ragione, il personale che giudica che

a un certo punto lei stava cominciando a perdere il controllo, o lei che in quel momento sentiva solo il disagio uniformemente provato nelle precedenti fasi del travaglio («cioè l'ho provato sempre ecco se è per quello»)? Così la donna afferma e nega contemporaneamente i propri vissuti, menziona la propria esperienza ma la sottomette al giudizio altrui.

Queste osservazioni vanno, naturalmente, confrontate con dati provenienti da altri casi; e un primo riscontro può offrirlo proprio il caso già esaminato di Lorenza, tanto diverso da quello d'Aurelia eppure ad esso paragonabile perché contenente, grosso modo, gli stessi ingredienti. Ci si potrebbe aspettare che un vissuto sereno del parto, sotto il segno di una più volte ribadita «tranquillità», sia la cornice migliore per elaborare del sapere, per convertire in sapere la propria esperienza. E invece no. Proprio Lorenza alla fine del suo racconto valuta la sua esperienza dicendo che praticamente lei non può dire niente di significativo del parto: «no go rivado neanche... come podessi dir, mentre C. come che la ghe conterà la ga rivado a inquadrar un pochetin no so quel che pol esser, come che funziona le robe perché la ga passà diversi turni ela, mi praticamente son entrada e son andada». «Sono entrata e sono andata», vuol dire forse sono passata attraverso a questa circostanza, quest'esperienza, senza esserne modificata: se abbiamo già visto Lorenza rimanere indenne dal punto di vista del suo poter fare, ora, a quanto pare, risulta che non è stata modificata e con ciò neppure arricchita dal punto di vista del sapere (come in un modo di dire locale, «andar cassòn e tornar baùl», che la cadenza della sua frase riecheggia).

È vero che l'esperienza che lei attribuisce alla sua amica C. che ha partorito in quegli stessi giorni, è quella di «aver passato diversi turni»: quindi, sembrerebbe, la valutazione del loro rispettivo sapere è leggermente sfasata dalla questione della scena interiore a quella della scena esteriore, di come funziona l'ospedale. Ma già all'inizio del suo racconto Lorenza aveva preannunciato di aver poco da dire, di aver «poca storia», in quanto non era stata male quanto le altre... Come se, per poter dire qualcosa del parto, fosse necessario aver sofferto in quantità sufficiente. E anche il suo ripetuto attribuirsi la qualifica della «tranquillità» («go fato colazion, tranquila»; «i me ga dito la pol scender tranquilamente [...] e mi son andada tranquila»), se da un lato ha un ovvio valore positivo in quanto equivale, in termini

semiotici, a un poter essere, un riuscire a stare a proprio agio nella situazione, senza turbamenti o interferenze negative, dall'altro lato è fatta anche di un non preoccuparsi e non porsi domande su se stessa, sugli altri, sull'esperienza che sta attraversando. In effetti, nell'insieme dei nostri colloqui-intervista le donne che sono risultate più sensibili ad elaborare gli aspetti cognitivi della «sorpresa» intorno a cui ruota ciascuna storia di parto sono state proprio quelle che hanno avuto delle storie abbastanza, anche se non eccessivamente, combattute; nei parti ben tollerati (ovvero raccontati come tali...) vi sono meno interrogativi, meno spunti di riflessione critica personale, riferimento più aproblematico al sapere ricevuto (caso limite, quello dell'intervistata che afferma di non aver sentito dolore perché dotata di «senso dell'ordine», e dunque perfettamente allineata agli insegnamenti ricevuti). Bisogna forse soffrire per poter, in prima persona, sapere? E che cosa si viene a sapere in questo caso, se non che — tautologicamente e tradizionalmente — il parto è sofferenza?

L'elaborazione cognitiva e linguistica di immagini del parto, della funzione della donna nella generazione, da un punto di vista femminile — l'elaborazione del punto di vista della madre — richiederà alle donne ancora molta strada (è un obiettivo, e un tramite, di cambiamento culturale). Quanto possiamo indicare qui a questo proposito, è che uno studio di come le donne si rappresentano il proprio parto (quale quello qui abbozzato) è qualcosa di preliminare, ma non coincidente, rispetto alla riflessione su come *potrebbero* rappresentarselo elaborando un proprio sapere riguardo ad esso.

BIBLIOGRAFIA

A. J. Greimas, J. Courtés, *Sémiotique: dictionnaire raisonné de la théorie du langage*, Hachette, Paris 1979.

A. J. Greimas, *Du sens II*, Seuil, Paris 1983, tr. it. Bompiani, Milano 1985.

L. Polanyi, "Linguistic and social constraints on storytelling", *Journal of Pragmatics* 6, 1982, pp. 509-24.

M. Sbisà, "Gli atti illocutori: classificarli?", in F. Orletti (a c.di), *Comunicare nella vita quotidiana*, Il Mulino, Bologna 1983.

M. Sbisà, *La mamma di carta*, Emme Edizioni, Milano 1984.

M. Sbisà, "Partorire/raccontare il parto. Che soggetto è una donna?", comunicazione al Convegno Internazionale *Culture del parto*, Milano, gennaio 1985.

BIRTH IN DIFFERENT CULTURES
di *Brigitte Jordan*

I want to thank you for inviting me to your beautiful city. I think this is a very important meeting because I hope that it would bring feminist concerns together with the concerns of midwives and also the concerns of health professionals as well as people who are in charge of health issues for women and babies in the government.

What I want to do today is simple: to begin with, I want to talk a little bit about how anthropologists study childbirth. Then I want to consider two or three issues: the question of birth territory, the level of technology in childbirth and the types of attendants who are considered culturally appropriate. And finally, I want to show you a videotape of a birth among Maya Indians in Yucatan in Mexico, which is a society where birth is not technologized and not medicalized. What I have to say is based on a decade in studying childbirth, in industrialized and non-industrialized countries, and particularly on the analysis of videotapes of childbirth which I have made in these countries at home, in the hospital, sometimes attended by doctors, sometimes attended by midwives and families and friends.

As far as the study of birth is concerned, we anthropologists take a very broad view. We always take into account cross cultural, historical and evolutionary data. We also emphasize a systems approach. Now from an evolutionary point of view, childbirth presents a puzzle: the puzzle lies in the fact that every woman undergoes the same physiological process no matter where she gives birth, be that in a hut in the jungle or in a modern hospital here in Italy. At some point her uterus begins to contract and the baby is pushed out. So the biology of parturition is universal. It is everywhere more or less the same and it has been the same for hundreds of thousands and maybe for millions of years. . What we would expect from evolutionary theory is that our ancestors, through trial and error, would have arrived at the best methods, the optimal set of behaviors for bringing a baby into the world. And this method, no matter where it would have arisen, should have spread to other human groups because of the adaptive reproductive advantage that it confers. In fact, however, no universal "best method" exists, and there is every reason to believe that it never has. What we do find in the ethnographic record is tremendous variations in the ways in which people from different societies, from different social groups, manage pregnancy, birth and the post-partum period. Who, if anybody, is supposed to be present; where the birth is to take place; what kinds of behaviors are expected from birth participants; what is considered normal labor; what kinds of procedures are considered beneficial or harmful; how the woman is expected to act in childbirth; how the baby is handled once it is born: all of

these vary from culture to culture. And while I'm talking about things we have learned from cross-cultural research, let me also mention that "natural" birth does not exist. There is no society in the world, no tribe, no matter how primitive, where birth happens as a purely physiological process. Instead, we find that each culture has taken our universal biology and has made a cultural event out of it.

Now, why is it that parturition is always subject to, in fact, does not exist without, the cultural imprint? I think there are at least two reasons for this. The first is that birth is an important life-cycle event. It transforms a woman into a mother, a man into a father, a couple into a family and indeed there are many societies where a female is not considered a woman until she has borne a child and where a union is not considered a marriage until a child has been produced. The second reason, I believe, is that childbirth is everywhere recognized as being associated with some degree of danger. We certainly are aware of that danger and we consider it primarily a physical danger to mother and child. In other societies, which may be less medicalized than we are, people may be more worried about supernatural danger. Now, because of the importance of the birth event, there is no society we know of that has left the management of this event up to the individual. Rather, people everywhere have regulated birth: each social group, each culture, each sub-culture has developed a distinct set of integrated beliefs and practices around birth which are grounded in the culture in which they arose, which make sense in that culture, which are congruent with the peoples's ideas about the world, the supernatural, their attitudes to their bodies, how they see women's roles and competencies, how they conceptualize a human being and the like. I call this integrated set of practices and beliefs a birthing system. A couple of things are important about birthing systems. First, you want to remember that a birthing system is always part of a larger cultural system. What happens in birth has to make sense in the society at large, so that if for example the society is highly technologized you are likely to find technologized birth. If the society treats women as important and autonomously functioning members, you are also likely to find that women get treated that way during birth. In that way, birth both reflects and reinforces the shared values that people hold otherwise. It follows that when there are largescale readjustments in a society these tend to get partially worked out in the birthing system.

This process of readjustment of the birthing system is something that is becoming very visible in the United States and I believe maybe there are some of the same developments happening here in Italy. In the United States at this time we have no consensus about what constitutes the best way of having a baby. This wasn't so some time ago when there was general agreement that American women who delivered in hospitals with anesthesia under the care of specialist physicians got the best possible obstetric care. Today, the American way of birth is under attack. This attack is motivated in part by negative pregnancy outcome statistics (high mortality rates), but these

statistics have been around for a long time with nobody bothering to pay much attention to them. That these negative statistics are now becoming important, that people are beginning to pay attention to them, I think has to do with changes in American society, particularly with the women's movement, with the consumers' movement and with a radical reconceptualization of what it means to be a patient.

To deal with the problem of high mortality, two kinds of solutions have been proposed: the first solution advocates increased technologization of birth, greater reliance on pharmacological means of managing labor and delivery and more use of surgery. The second solution advocates exactly the opposite: namely a decrease in technology, pharmacology and surgery, and a return to a more physiologic, more natural, more family centered way of doing birth.

It is important to realize that the beliefs and practices of which birthing systems are made up are not random: they are not a hodge-podge, but they hang together in such a way that you cannot change one piece of it without having an effect on some others. For example: we have a practice in the United States which makes within hospital obstetrics a lot of sense. I'm talking about episiotomies. It you have a woman lying flat on her back for delivery with her legs stretched out in the lithotomy position, and her contractions driven by oxytocin, then you are likely to get a tear. Under these conditions it is reasonable to administer an episiotomy before the tear occurs. Note here that the prospect of the episiotomy requires that the woman be in the lithotomy position so that these two practices support each other. It follows then of course that you cannot simply stop doing episiotomies. You would also have to change a whole range of related birthing practices, including the position of the woman.

Now, it is an interesting result of cross-cultural research that if you look at the practices of one system which make perfect sense within that system, with the logic of another system, they may make no sense at all. In Holland for example, midwives don't do episiotomies routinely. Midwives are horrified at the American practice of doing episiotomies on every woman and they say it makes no sense because most women don't tear. In general, it turns out that the practitioners of any one system can always argue that their way is better than any other and they can always produce the evidence for that. In medicalized systems the justification always includes biostatistical evidence in addition to logical and clinical arguments. For example, American obstetricians cite evidence that you should do episiotomies, while Dutch midwives cite evidence that you should *not* do them. The arguments people make for the superiority of their own systems are always made on two sorts of grounds: one is moral and the other one is technical. In Yucatan, Maya Indian women who give birth at home attended by a midwife and family members are outraged about what goes on in hospital deliveries. They will tell you that if you go to the hospital to have your baby they send your husband, your mother and your midwife

away. Then they put you on a table and spread your legs. Then a man comes in and looks between your legs and then he takes some scissors, cuts you open and pulls the baby out. So they make a strong moral argument. What may surprise you is that they also make a strong technical argument. They say for example that women get more infections in the hospital because doctors put their hands inside. They also say that it is much better to cauterize the umbilical stump of the baby after birth with the flame of a candle, as they do, than to treat it just with alcohol and merthiolate as doctors do. And they argue furthermore that if your baby is breech it is better to turn it around before birth, as do their midwives, than to go to the hospital and get a Caesarean section.

I want to say a few words about the closely related issues of place of birth, technology and types of birth attendants. It is trivial to say that birth takes place somewhere. What is not so trivial is to consider that every birth takes place on somebody's territory. If I come to your house, you tell me when to come, you tell me where to put my coat and galoshes, you tell me where to sit down. You give me something to eat and drink, or maybe you do not, but whatever you do it's up to you. You also decide on what we talk about, and what we'll do while I'm at your house. I'm a guest. I can't take what I want, I can't move around freely in your space, I can't even look at what I want to look at. I have to ask for a glass of water, and even to use the bathroom. Clearly, the host-guest relationship is a power relationship. A woman who gives birth on foreign territory, for example in a hospital, is subject to similar restrictions and so it comes as no surprise that most women prefer to give birth at home, in their own space, or at least in one with which they are intimately familiar.

Cross-culturally we find that women mostly have their babies at home. In some societies they go to their mother's house, or they pick a familiar place in the bush as do the Bushman women, or maybe they give birth in the women's menstrual hut as do women in New Guinea. But at any rate it is clear that in most part of the world women do not like to have their babies in strange and unfamiliar places. Now probably the most unfamiliar and forbidding territory for healthy normal women is our high technology hospitals. Here their movements are severely restricted, they are separated from sources of familiar social support and they have few rights to speak of. At home, on the other hand, the woman is in an ordinary and familiar environment and this serves to normalize the event. What we have found in our studies is that women who have their babies at home tend to remain working and active much longer before they retire to bed, if they do. Their thoughts tend to be much less focused on the birth process in the early stages of labor and by and large they tend to be much less infantilized, in other words, treated as incompetent to take care of themselves. On the other hand when a woman goes to the hospital she is defined as a patient, the birth process is defined as a pathological process, she gives up decision-making power to the medical profession.

Now I want to talk a bit about birth attendance. Who is supposed to be present at birth? This is one aspect of birthing systems that is always culturally regulated. At least theoretically the possibility exists that anybody and everybody could be present. However, there is no society we know about where that is the case. The opposite rule does exist, namely, that no attendant should be present at birth. But there are always very strong cultural reasons for that. Let me give you an example: among the Bariba of rural Benin, West Africa, there exists a preference for process of solitary confinement, and in fact about 40 to 60% of all women give birth alone. Now the question is why that is so. It turns out that women in that society are in charge of controlling witchcraft. When a woman gives birth to a baby, what she produces may be either a human baby or it may be a witch. There are certain ways in which one can tell whether it is one or the other. If the newborn is a witch, it has to be killed, and women prefer to make that important decision by themselves, which then allows them to pass the infanticide as a stillbirth. A latent function of this preference for solitary confinement of course is that women have not only the number of witches under their exclusive control but also the number of children they will raise. In other societies, giving birth alone may be seen as a sign of courage for the woman and that is particularly frequent in societies where men are warriors, so that solitary confinement establishes a sphere of competence and performance for women which is equivalent to a corresponding male sphere.

Now let's look at another kind, another aspect of birth participation, namely what *kinds* of persons the culture specifies to be there. What is so interesting in that respect are the consequences which arise when we draw a distinction between specialist attendants and non-specialists. The best known specialist attendants are probably physicians in this society, but curers or shamen or priests may also function as specialists at birth. Non-specialist attendants are simply family members and friends. In our medicalized systems specialists always constitute the majority and sometimes they are the only attendants. In most other societies the mix between specialists and non-specialists is heavily weighted in favor of non specialists and the most frequent case, cross-culturally, is that births are attended by experienced women, usually relatives and friends. In other words, cross-culturally there is a preference for birth attendants to be women and particularly women who have themselves given birth.

Specialist-dominated systems have a number of characteristics which are consequential for the labor and delivery. By the very fact that there is a specialist there is somebody who is presumed by all participants to have privileged knowledge about the event. Decisions about the management of birth are made on the basis of authoritative specialist knowledge, which is derived from technical and sometimes ritual procedures and instruments, knowledge which is not shared and really cannot be shared with other birth participants. For example, you can explain what a fetal monitor does but to read the significance of all those squiggles is quite another matter. What

happens then is that the woman's body becomes a data source from which information is drawn through vaginal examination, ultrasounds, laboratory tests, machine output and the like. Interactionally, her opinions, her feelings, her experience of her state, may be politely acknowledged, but they are irrelevant in any consequential way. It is the specialist who makes the important decisions, he is the one who will be assigned credit or blame, who will be thanked, who, in short, owns the birth and, incidentally, its product. In a non-specialist dominated system on the other hand, it is the woman who is the authoritative source of knowledge and that knowledge is communicated and available to others present. In Yucatan we have observed a very intricate communications system whose effect is that all participants have access to the relevant information. The head helper, who may be one of the attending women or the husband, has the woman's body resting on his or her body. She feels by the pressure on his or her neck an exact analogue of the strength of the contractions which the woman has and he or she is as prepared to answer questions about contractions as is the woman herself. If a problem arises, decisions are not made by a specialist (there *is* no specialist) but rather decisions are made by all of those present including the midwife, the laboring woman and all of the other women who have experience with childbirth.

The videotape I'm going to show you now is one that is fairly typical of the ways in which birth takes place in non-medicalized societies, in traditional societies where childbirth still remains within the realm of the family and within the women's community. Since childbirth there is not a medical event, it is not a pathological event but rather considered to be an important occurrence in the life-cycle of each woman. It is the family and in particular the women of the family who are in charge. A traditional Yucatecan birth takes place at home, in an enviroment with which the woman is very much familiar and she may give birth in her own hammock, the one she sleeps in every night, or she may give birth sitting on a chair, which is what you will see, or also sometimes kneeling on the floor with her arms around her helper's neck. The persons who are expected to be present at a Maya birth are the woman's mother and the father of the child. Men are normally excluded except if it is their own child that is being born, so the father will be the only male in the enviroment. And then there will be a midwife, an empirical midwife who, sometimes, has had some training in the rudiments of western medicine. If the birth is at all difficult, if it is long or drawn out, if it is a first birth, or if any sort of difficulty arises, then other women from the family will appear, and those may be a mother-in-law, or they may be sisters, sisters-in-law, godmothers and the like. The tape that I will show you has a birth which is a very easy birth. It is the fourth child. The couple are very experienced; it is in the middle of the night and by the time I got there with my collaborator and the midwife the baby was very close to being born. So what you are not going to see is the full-fledged support system.

The only persons that will be present will be the midwife, the mother of the woman giving birth and the father of the child. What you will see first is what happened twenty minutes after the birth. The woman is now already in her hammock and in front of her you see the chair on which she sat to give birth. The father has just brought in the next older child who has been crying in his hammock in a different room. On the left is the woman's mother, the grandmother of the baby. The midwife is sitting on the low stool, busy, wrapping the baby. She is wearing a cap and a gown, the uniform which she received in a government training course a few years ago. And now, after the baby has been swaddled, it is given to the father. And you can see that he is very proud of the baby. The mother at this point begins breast-feeding the baby and the baby is fed whenever it wants to eat. From now on mother and baby will remain together in the hammock, in the hut for seven days. Now that everything is in order and everything is arranged the rest of the family are called in to greet the new baby.

The grandfather and the other children are here now and you see the little girl in the middle there: she is six and a half years old and she will be the major caretaker of this child when the mother goes back to her work. This little girl has been waiting for this child for a long time — she is very happy — this is her baby. She is six years old.

And now we will go to the actual birth which will happen very fast now. The woman will have five contractions and then the baby will be born. The position that she is in, you see a wooden chair laid sideways under her and that is what she sits on. The midwife also just sat down. It is very hot and she now has to put her gown on and her cap. She has by her side a UNICEF midwifery kit in which she carries all of her supplies. And she is now pulling out a plastic apron which she is going to put on. You'll notice that you never see the perineum. There is no genital exposure in a Yucatecan birth. They are very concerned about what they call *veiguenza* — modesty. And so the midwife does not look, but she feels the baby's head advancing with her hand covered by a clean cloth.

This woman is having a contraction but she looks very different from the American women I am used to. It was always very difficult for me in the beginning to tell when Yucatecan women were having contractions until I began to take the role of the head helper which is the position the husband is in now. Most of the time the head helper is a woman — it is only when the actual birth occurs that the husband is going to take that part. So women usually take that role and they take turns and I of course as the anthropologist also took my turns. What you see and feel as the head helper is that the woman's hands around your neck pull whenever there is a contraction coming on and they pull in an exact analogue to the strength of the contraction. And the midwife of course also sees the tension in her legs. And if you watch the woman you will see that when contraction starts her elbows come together because she is pulling on the helper's neck. She also

has a very strange expression on her face, which we call her pushing smile. So those are the cues you look for in a Yucatecan birth.

The midwife now feels the baby's head bulging so she knows she has to hurry and get her things ready. You just saw the woman's elbows relax and the head helper relaxed his neck, a sign that it is over. What I want you to pay attention to is the ways in which these three people share the information about what is going on in the woman's body. Everybody knows the same thing. Sometimes the midwife asks, "Is it over?", she says "mani?" in Maya, and then either the husband or the woman may answer because both of them know.

By the way, this is a very non-expressive culture: people don't scream, they don't exclaim, display signs of pain — they don't get exuberant with joy either.

The midwife has called for hot water and here comes the grandmother with a bowl with hot water, which she brings from the cooking hut. You notice that the grandmother has the little boy on her hip. He is the one who has been up crying most of the night. The woman is having another contraction — she is pushing —. Now American women push very differently. There is a great deal of effort. She is holding her breath and pushing, taking another and pushing and her husband is pushing with her. Now you can hear the midwife saying, "Push now, here it comes, let's go now". And you'll be able to see the head in a moment. She is pushing very hard now, though that may not be apparent to you. And here the baby slips out. He cries. The midwife holds him on her lap.

Now I would like you to pay attention to your reactions when the baby came out. What I noticed was that most of you were smiling, people were moving around, some af you who had sat with your eyes riveted to the screen, began talking to each other, something had happened. When I showed this tape in Milano, a thousand people started applauding at the moment the baby was born. The point of this is that we in Western societies have a very strong reaction to the birth of a baby: the baby is born and we react and we feel that as natural and we feel that everybody in the world is going to do that. However what seems perfectly natural to us, namely our reaction to the birth, it is not natural at all — it is cultural. I want you to pay attention to the parents, to their reaction, to what they do. Look at the parents. Do you see anything? Right — there is no reaction. They are in the same position, the mother with her arms around the father's neck. They do not move, they make no attempt to see the baby, the baby is laid down here in the midwife's lap. They cannot see it. All they know about the baby is that it is crying. That's what they hear, that's all. What is apparent is that, for them, the climax of the birth has not occurred yet. They're acting the same way they did before the baby was born. You can clearly see the cord and the midwife is now feeling to see if the pulsing has stopped. She does a bit of fundal massage, but she will not cut the cord until after the placenta is born. She may tie it after it has stopped pulsing, but she will

not cut it. The reason she does not cut the cord is because they believe that the cord can go back up into the uterus and that bad spirits, cold air, can get inside and make the woman sick. Now you notice that the woman's mother, who had been outside taking care of the crying grandson and other things, now comes in. And that is an indication that for them *this* is the difficult time, not the actual birth.

What they are afraid of, of course, is problems with the placenta. If something happens to this baby the woman can always have another baby again but if something should happen to the mother that would be a terrible tragedy. So the emphasis here is not on the child, but on the mother. You may be able to hear blood trickling now. Can you hear it? And that was probably an indication that the placenta separated, but the Indians do not know that and for them this time until the afterbirth comes is the most dangerous period. So they keep waiting and waiting and waiting, and they become increasingly concerned about the placenta. Nevertheless, the midwife will never pull on the cord. She is very patient and I myself sat there for three hours once, holding the cord as her apprentice, waiting for the placenta. Now if the placenta does not come, they will do a number of different things. For one thing they will give the woman salt to lick and that is what you just saw. It was a little bit of salt that her mother gave her. Another thing they will do is to give the woman a raw egg to swallow. She always immediately throws it up and that produces contractions. If you watch the grandmother now you can probably see that she is worried. She is not leaving now, she is staying. We can no longer imagine how serious things are for them because we have ways of dealing with hemorrhage at this point. But in this society, with no physician close enough to help, this is really a very serious period. Now another thing that the midwife will sometimes suggest is that the woman sit up. This is clearly good if the placenta is merely lying in the birth canal and is already detached. It is also interesting, however, that as she sits up this is the first time the mother sees her baby. And we know that the visual stimulation produces oxytocin which contracts the uterus and thereby would help in pushing out the placenta. And this is a thing we find in many different cultures, that if there is trouble with the placenta they make the mother look at the baby. Another very significant one of course is that the baby is put to the breast, which also produces oxytocin, but this is not something Maya Indians do.

Here comes the placenta. The midwife twists it so that the membranes will separe cleandly. And then she puts it in the basin below and the father will take that out and bury it later on. She checks first if it is complete. Now she is looking for the scissors to cut the cord. Watch where the scissors are. You remember that she took the scissors out of her "maletin", out of her little case. But they were not sterilized. They were not even in the bowl with hot water and for that we can probably blame the personnel who give midwife training courses in developing countries. They teach them how to "sterilize" scissors by boiling them in hot water but that the water really

has to boil for twenty minutes, that is never made clear to them. So now she cuts the cord with unsterile scissors.

Now I want to show you a few scenes of the bath of the new-born. The bath has to be given by the midwife. These people are very clean and believe in cleanliness and everybody takes a bath every day. So maybe it's appropriate that also this baby gets a bath right after birth. And you can see that the grandmother is also very happy now. One of the things that may be interesting to you is that in almost all births if you listen closely and particularly if you have a videotape and you can play it over and over, you will find sexual jokes. You will find jokes that identify the new-born baby as either male or female. And on this tape you may have heard the midwife making a joke: she said in Spanish (to make sure that I would understand it, because before she was talking Maya), she said, "Estoy jugando huevos". Now does that translate into Italian? Huevos? Means "eggs", also "balls", "testicles". And if this baby were a girl what would happen at this point is that her ears would be pierced. They say that if you do it that early, about half an hour after birth, then she will not feel it.

I think I'll stop the videotape here. What is going to happen after this is that the midwife will take a candle and cauterize the umbilical stump. They say that if you do that babies are less likely to die from convulsions, which is probably neonatal tetanus. You can appreciate how beneficial this cauterization of the cord must be when the scissors are contaminated.

There are many different lessons one could draw from a videotape such as the one that I have just shown you. What I would like you to keep in mind, however, is that it is impossible to simply transfer the practices of one society to another. Just as medicalized procedures (like using sterilized scissors for cutting the cord) don't work in Yucatan, so attempts to introduce Maya Indian birth positions wouldn't work in Western hospital obstetrics. However, I wold hope that this kind of tape, this visual documentation of a radicaley different way of birthing, would open up our thinking about what sorts of changes are possible and ultimately desirable within our own obstetric system.

TOWARD A HUMANIZED BIRTH
di *Suzanne Houd*

Buon giorno, signore e signori. And that's about all I can say in Italian. I think this is quite a special meeting. To my mind it is the first time that a group of feminists has arranged a meeting on pregnancy and birth. Today I would like to tell you something about the study we have done in WHO about alternative pre-natal services in Europe and North America. And after that I would like to say something about the situation of midwives in Europe. I'm in the middle of doing a study on the midwives' situation in Europe.

Four years ago the office for maternal and child health in Europe, WHO, decided to make a survey on how to get a baby in Europe and when they were halfway through their study they discovered that there were a lot of things going on outside the official systems. Then I was employed to look at the alternative birth scene. By "alternative" I mean things that either go on outside the normal, official, government-run system, or things that go on within the system but that are different from the usual practices. When we were looking at the alternative services we discovered that everywhere there are people who are protesting against what is going on within the birth system. And to that, it seems to be an international movement of parents and providers (midwives, doctors, nurses) that together are trying to change things that are going on within the system. So, some people choose to fight within the system and some people make their own system outside. They do home-births, they make birth centers, and they all become midwives working independently. And also there is another thing — there is a big problem outside the official system. And here comes a question of money into the pictures. Specially in Germany (if I speak as a private person I can mention country names, if I am a WHO-person it should be worked differently, like: "A big middle European country") there are a lot of small, private clinics that appeared everywhere and the women could get everything they wanted if they had the money to pay for it. It is striking that in those clinics there are an epidural (local anaesthesia from the waist and down) rate of 40%, and a lot of women choose to get a Caesarian section. The epidural anaesthesia, you know, can be used also during normal birth and it is used in the private clinics. There was somethings else found, namely that a lot of the people who were doing alternative care, were very critical of the official system, but they were not evaluating their own alternative practices at all. And sometimes they were as rigid in their alternative system as the other group was in the official setting. The women *had* to stand up and to give birth and *had* to squat. That was the only way they could accept alternative birth. So the alternative people, working outside the system, were sometimes just as rigid as people in the official system. Women are very

often asked to be on their back, you know, like a beetle, like this, when she is giving birth in the official system. In the alternative system very many people think that the woman should sit up, she should squat, she should walk and so on and that way they are just as pushing in the alternative as are in the official system, do you get the point? There is one important thing I found and that was that the midwife was a very prominent and very important person in the alternative care. And also we found, and this I think it is important, that the alternative care is not only a group of crazy people that don't want to do what other people do. But it represents another kind of care, a much more realistic, humanized kind of care for the woman during pregnancy and birth, whereas the care of the pregnant and birthing woman over the last many years has focused on the risk and on what *could* happen to the woman. The alternative people look at the resources of the woman. They have a positive health approach. And in that way they are doing the same thing as we are doing in WHO where we are turning away from a medicalized model and to a health-promotive model. And there is another thing which is very characteristic in alternative care, namely that people are telling each other about their experiences. There is no mystery, no privacy around what is going on. So in the beginning there was a group of parents or some parents here and there, that didn't like the way they were treated in the hospitals and they protested. And after a while some providers, especially midwives, decided that they also wanted to help them, that they wanted to help them because they didn't like either what was going on with themselves as midwives and what they saw that happened to the women within the system. So the parents were helped partly by ordinary trained midwives and a few doctors and they were also helped by a growing group of lay midwives. I found lay midwives, a lot of lay midwives in North America, in Canada and, you'll be surprised to hear, in Sweden. It is not so surprising in North America and Canada where midwives are forbidden in many States. In Sweden I was very surprised to find them, since Sweden has a very effective health system. And everybody has the right to get care in the hospital. And they can get it.

But over the last seven or eight years there has been a growing movement in Sweden because they are very unhappy about the births, what is happening about births in the hospital. It's much too medicalized and high-technology invaded. All the women are monitored during birth, and everybody gets at least two ultrasounds during pregnancy. And more and more parents think that this shouldn't be like this. These parents are so desperate that some of them give birth at home, alone, without anybody to help them. There are a few midwives that go out and help them but this is dangerous for them because they are not allowed to do it without a doctor, and the doctors don't dare to do it. So some of the women that have had birth at home themselves are now becoming lay midwives and are helping other women who want to give birth at home. Just a few more words about lay midwides. I really learned to respect them when I was staying

in Tennessee in the farm where there is a big tradition of lay-midwifery. Most of these lay midwives train from five to seven years and work with other midwives before they start to work independently. They read a lot of books and they go on courses so I think their knowledge was on an extremely high level. Characteristic of the lay midwives I've talked to is that they put a big emphasis on the psychological and the social aspects of pregnancy and birth.

Now I would like to talk a little bit about the alternatives that are going on within the system in ordinary hospitals here and there around in Europe.

I think I would like to show you some pictures now. This first picture borrowed from Brigitte Jordan, shows how I think most deliveries look like. While I was travelling around to look at the alternative services I always went to the hospitals, the ordinary hospitals to see what was ordinarily the way to give birth in that specific country, because if I didn't know what the ordinary thing was then I would never know what alternative was in that specific country. And I found that it was quite characteristic this scene I have seen everywhere: Yugoslavia, Turkey, Morocco, Sweden, Denmark even, Iceland, the States, Canada, just the same thing going on everywhere. The woman on the back, the legs in the stirrups and the rest, the instruments and whatever.

But apart from this fact and this scene there is another thing I found about official birthing, and it was that the surroundings were the same, but the content different, like: in one hospital a doctor would say: "No birth must last more than eight hours", and then push it. In one hospital all the women would have the "cut". In another hospital membranes would be ruptured as soon as you could get two fingers in.

In almost all hospitals women would be monitored during the whole labor and birth. And this is despite that it has not been proven of any value. The monitor of the heart beats. So to contrast this, this is from a home birth in the States. You'll see all the people that are around the woman and there are more men than women in that room actually. This is from a hospital birth or a birth center birth but you notice all the hands that are on the woman around her and supporting her. And that picture has a point because there is not much difference between the previous pictures and this picture, and this is going on in a hospital. When I was travelling around and I talked as I'm talking now many midwives would tell me, "Oh, it's easy for you to come and talk about all these things as you are doing outside, but we have to stick to the hospital rules and we cannot do these things". And then I thought, why can't you, what is the reason? One of the major reasons was that the women often had to be monitored so they couldn't move around. In some places people started discussing why these things cannot happen and they have found that it's not so difficult after all. And you don't even need a fancy bed. In some places they are having these fancy birth chairs and birth beds and so on that cost thousands of

dollars, but to my mind that's not necessary — you can even use a sheet on the ground. I visited Pithiviers in France where Michel Odent works, I don't know, some of you might know him. I have been at the place and it is an ordinary small hospital with about one thousand deliveries per year. M. Odent has learned from Leboyer, so you can get the connection. Although I don't think that men should be the ones that tell women how to give birth I think what he is doing is quite unique. They have, in an ordinary little birth room, painted the walls a soft brown color, a big bed where the woman can move around while she is giving birth. And also there is a big bath, quite big in the next room where she can sit while she is having the labor contractions. Some of them don't want to get up from the water and then they have the baby in the water. It happened by mistake the first time but now... But I saw something that I didn't like with these kinds of things because you get so excited about one method and then you want to push everybody into that method. I think the most important thing for the people that are helping a woman giving birth is to find out what that woman wants to do and then support her in that. In order to find out what that woman wants, you need peace and the woman needs to know you. This is very important. In Denmark we have now had, for ten years, a system where the women didn't know the midwives but now the midwives are fighting for getting that back again, and I think we are going to succeed.

Now I'm going to show you some pictures which I don't really like..., because they only show women from the waist down and I think this is a typical medicalized way to look at a woman giving birth. I'm just showing them to give you an example of another birth position and something that is happening every day in the hospitals in my country. This woman is on her knees and hands and lying on the ordinary hospital bed.

I have, as a midwife myself, delivered several women that way and to my mind it's better for the woman so you don't have to cut her, she doesn't get tears so easily and she pushes a lot better. But again remember, I have to remember not to get too excited and to push the women that don't want this. The woman has to feel comfortable in that position. I'm going to show them rather fast but you can see, see what I mean? I don't like to see her from the back. She's having a rest between contractions. What you can see is that she is holding her arms around her husband who is in front of her. I think he was sitting on the top of the bed so she could hold her arms around his neck. Look at the hand of the midwife. She was just holding her hand like that. This is what I experience again and again. Things become very, very simple if you let the woman do what she thinks is right for her. And the midwife is still not really touching. Now she is touching perineum a bit. I wouldn't do that either actually. See, she's still holding her hand down there.

This is another thing I have learned from the lay midwives — take your time, don't rush it. Now she is pulling it a bit. See, now the baby is behind her legs and what she is doing now is just that she is now sitting

down. See? She just sits down. Now you see the picture from the other side. And the next thing that is going to happen is that she is looking at the baby. See? She's taking away the mucous, and next moment she's looking more, she is starting to touch the baby and then she will lift it up and put it to the breast. And there I think that simplicity in all this really... when I feel the simplicity then I know I'm right as a midwife.

This leads me to a description of what is happening to the midwives in Europe at the moment. I think I can maybe use myself as an example of the changes of midwifery. I have been a midwife now for 17 years. When I was in midwifery school we learned to use our hands, our eyes and our ears and our intuition. And when I had been a midwife for 6 years then the new technologies started to come into the delivery room. I very vividly remember that one morning I arrived on duty and there was a fetal monitoring stand there in the corner. We didn't know what it was and nobody has asked us and nobody has talked about it — suddenly it was there. Then we were taught how to use it by some of the doctors. I got very fascinated with the technique and I got very clever in using it actually. I got very good at putting the scalp electrodes to the baby's head, or to put the intrauterine catheter inside the uterus to measure the contractions from inside. Almost at the same time the first ultrasound machines were introduced in my hospital. I was pregnant with my third child and I wanted to have a picture of my child, I thought that was fantastic. So for the next three years I got more and more involved in this fascinating technology. I could clearly see that there were some situations where it was very helpful. But I could also see that there were a lot of Caesarians done that shouldn't have been done. And I got a little bit worried about my own intuition because I didn't use it very much. Almost at the same time there was a consumer movement in Denmark called "Parents and Childbirth". And they started to protest against the technical approach to birth. In the beginning we thought they were crazy people and we didn't bother. Then we were very upset — parents came into the labor ward and demanded to have it in this way and demanded to have it in that way. Then something happened to me. A Sunday morning I was called to a home birth. I had never been to a home birth before. This woman was having her fifth baby and I was really scared. I tried to get another midwife to go but nobody would go, and the doctor didn't want to come either. So I had to go. When I arrived, she was having good contractions and I could see that she would have the baby in a few hours. And she was walking around in her room and her four boys, from three to ten years, were running around her. When the contractions got harder she found out that the best way to take the contractions was to hang around the neck of her husband. Fortunately he was a very strong man and then she started to have her pushing, she started to push. And she was still hanging around the neck of her husband: every time she had a push contraction she would lift up her legs and hang around like this.

He was standing against a wall and holding her every time she had a contraction. Then I got nervous and said to her, "Please go and lie down in the bed, you cannot deliver like that." And she said, "No, no, I'm not going to move". So I had to do what she wanted. So the only thing I did was I kneeled down behind her and I held my hand like this. And then the baby's head came and then she put down her legs and sat on the edge of the bed. And then the rest of the baby came. I held it a little bit, then she took it out and put it to the breast and again it was very simple. And the four boys were standing around in a little circle. And it was a girl.

So this experience really started a lot of questions in my head. I started to question all the things, all the procedures I was doing every day in the hospital. Was this really necessary, what I was doing? I started to talk with the women that had given birth and they said to me, "We didn't say anything, because it was too difficult to start, to put forward our feelings about it. When you are lying there in labour, you don't want to upset the people around you so you just do what they want you to do". And if you get out of this sort of whole you are grateful. The problem is there are a lot of women that don't get out of this whole in their... feelings. In Denmark we have just done a big survey and we found out that 30% of the women had post-partum depressions. I don't like to use the word depression because to my mind these women are acting in a very healthy way. They are reacting healthy to a very traumatizing event, something terrible happened to them during birth and of course now they are very unhappy. So as a midwife I feel very responsible to help the woman so that she feels that she did that birth herself. Although in our society women are told to be "nice girls" I think this is something we should stop being. I think this is the dilemma many women and feminists are having: they want to do what they feel like and at the same time they have been brought up as "nice girls" so they are in a big dilemma between their culture and the actual liberation they are going through. I think it is important that the feminist movement has started to look into pregnancy and birth because to my mind the woman that goes through birth and really experiences her own strength, she would be stronger in later crises and later problems in her life and it would be much more difficult for her to be unhappy, it would be much more easy for her to tackle the rest of her life. So the rest of the story about midwives is that I can see that in Europe the midwives are going through a development where most of them unfortunately have to go through this period of being very high-tech before they start to be listening to the women and loyal to the women and loyal to themselves as women. But there is a sort of movement of midwives going on in Europe and more and more midwives are recognizing how important their work is and that they should be loyal with the women. That means of course fights because those midwives want to use high technology, only whem it is absolutely necessary. And that is the way we see the development going. I think it is good we are going away from the high technology births and to a much more humanized birth.

LE AUTRICI

SUZANNE HOUD: ostetrica presso il Regional Office for Europe dello O.M.S. (Organizzazione Mondiale della Sanità) di Copenhagen.

BRIGITTE JORDAN: antropologa, insegna Medical Antropology al Michigan State University, East Lansing U.S.A.

LUISA ORRÙ: demologa, della Università degli Studi di Cagliari, Dipartimento di Filologie e Letterature Moderne.

FRANCA PIZZINI: ricercatrice del Dipartimento di Sociologia della Università di Milano e appartenente al GRIFF (Gruppo ricerca sulla famiglia e la condizione femminile).

MARINA SBISÀ: ricercatrice presso l'Istituto di Filosofia della Università di Trieste.

SECONDA PARTE

GLI INTERVENTI

LA PREPARAZIONE AL PARTO E ALLA MATERNITÀ

a cura di *Daniela De Fabritiis, Carmela Atzori, Maria Teresa Ferrer*

Introduzione

Il Consultorio Familiare nel quale operiamo, è ubicato nel Comune di Assemini, nell'hinterland di Cagliari, appartenente alla Unità Sanitaria Locale n. 20. L'utenza potenziale, distribuita tra i vari comuni che fanno capo al nostro Consultorio, è di circa 50.000 abitanti, in una realtà territoriale caratterizzata da un tipo di cultura extraurbana, che vive quelle contraddizioni derivate dal coesistere di un'attività di tipo agricolo con una attività industriale in forte crisi.

Il Consultorio è in funzione da tre anni e mezzo, e con alterne vicende, l'équipe di operatori è attualmente al completo. In questo periodo di attività, tra il lavoro svolto sul territorio e quello all'interno del Consultorio, sono state recepite le richieste di 5.500 utenti, il che ha comportato un totale di prestazioni pari a 9.000.

Oltre alle altre attività che ci impegnano quotidianamente, abbiamo iniziato da due anni i Corsi di preparazione al parto e alla maternità, dei quali ne sono stati organizzati e completati otto.

Siamo convinti che il Corso di preparazione al parto, risponda ad uno di quei compiti primari che la legge istitutiva, sia nazionale che regionale, assegna ai Consultori Familiari. Questa attività è stata una iniziativa degli operatori, e non un'indicazione programmatica della USL; in ogni caso sempre validata dal Servizio Materno Infantile. Inizialmente non è stato un bisogno sentito dalle donne, le quali per abitudine e per cultura, e nel ricordo di quello che era l'ex-ONMI, portano al Consultorio una richiesta individuale, curativa o assistenziale.

Nostro proposito è, pur continuando a dare risposta a queste esigenze immediate, che è legittimo siano soddisfatte, creare una nuova consapevolezza, e cercare le modalità per riconvertire la domanda da curativa in preventiva, da individuale in collettiva, da assistenziale in una nuova coscienza sanitaria e sociale. L'acquisizione di questa consapevolezza non è un processo né facile né veloce, ma ci sembra che il bisogno di un modo diverso di affrontare la maternità e il parto, si stia facendo strada tra un sempre maggior numero di donne.

Nel nostro territorio, fino a pochissimi anni fa, si partoriva in casa ma nel volgere di pochissimo tempo, è stata data una delega totale di tale evento, alla struttura ospedaliera, con un'aumentata possibilità di controllo e di potere alla medicina ufficiale. Con la preparazione al parto, non è un nostro obiettivo far si che la donna acquisisca una modalità di comportamento finalizzato a essere rilassata, tranquilla, brava silenziosa e a non recare disturbo al personale.

Siamo convinti che il parto sia un evento naturale, e che possono e devono essere recuperati tutti gli aspetti emozionali, relazionali e psicologici che i progressi tecnologici nel campo della medicina stanno riducendo ad un fatto puramente tecnico e medicalizzato, a discapito degli aspetti umani.

Siamo altresì convinti che l'evento maternità comporta un cambiamento all'interno del ciclo vitale della famiglia, in quanto dal sistema coppia si passa al sistema genitoriale. Il nostro intervento, quindi, non si limita alla preparazione per l'evento parto come momento isolato, ma è articolato in modo da dare risposte più globali e complessive a tutti i vissuti legati alla maternità.

Organizzazione

L'organizzazione di un Corso di preparazione al parto e alla maternità, prevede una prima fase informativa, della quale si fanno carico gli stessi operatori, che viene effettuata attraverso canali formali e informali, come cartelli affissi in luoghi pubblici, l'annuncio dato da una radio privata locale, l'informazione interna data dagli operatori, il consiglio dato da chi ha già frequentato un corso.

Nel momento in cui una donna viene ad iscriversi, si compila una scheda, che mira ad un primo approccio e alla conoscenza delle motivazioni a partecipare al corso. Tale scheda da una parte ci permette di programmare in modo adeguato il corso, adattandolo il più possibile alle esigenze che ci vengono presentate, e dall'altra serve al servizio a fini conoscitivi, statistici e programmatici.

A distanza di due mesi circa dopo il parto, viene richiesto alla donna di compilare un questionario di verifica, mirante a valutare il grado di soddisfazione nei confronti della strutturazione del corso e delle informazioni ricevute, l'utilizzo di queste informazioni, e i vissuti all'interno della struttura ospedaliera al momento del parto e per tutta la durata della degenza. Chiediamo inoltre che ci vengano

formulate tutte le proposte che ritengono opportune, sia di modifica sulla strutturazione del corso, sia su altre attività o interventi che il Consultorio potrebbe realizzare.

Il Corso si articola in nove incontri a cadenza settimanale, e il gruppo è costituito da un massimo di dieci gravide, non oltre il settimo mese di gestazione. Gli operatori che hanno partecipato alla realizzazione dei programmi, sono la psicologa, l'ostetrica e la pedagogista.

Si inizia con una esposizione di tutti i metodi che possono essere utilizzati per la preparazione al parto e successivamente si presenta il metodo di rilassamento da noi adottato, che è quello del Training autogeno respiratorio, che consiste in sette esercizi, con un esercizio finale di pre-parto, che permettono di raggiungere una maggiore conoscenza del proprio corpo e una riappropriazione della funzionalità dei vari distretti corporei.

In considerazione di quanto già detto più sopra, e della nostra convinzione che questa esperienza nella vita di una donna non si esaurisca in sala parto, si è ritenuto opportuno arricchire gli incontri con dei momenti di informazione e confronto su argomenti diversi sia sulla gravidanza e il parto, sia sullo sviluppo psico-fisico del bambino.

Le considerazioni che possiamo fare in merito alla nostra esperienza, ci permettono di dire che i gruppi di preparazione al parto, oltre a fornire una serie di conoscenze tecniche sui temi della gravidanza e del parto, danno alla donna gravida l'opportunità di affrontare in gruppo, in un momento collettivo, le ansie e le paure che possono sopraggiungere in questo particolare momento della sua vita.

Presentazione dei dati

I dati si riferiscono a 80 gestanti.

Dalle notizie ricavate dalla *Scheda d'iscrizione*, si possono rilevare i seguenti dati e considerazioni:

La classe di età più significativa è quella delle donne di età compresa tra i 26 e i 30 anni, che rappresentano il 44% del totale.

Per quanto riguarda il titolo di studio, si rileva che il 34% delle donne è in possesso del Diploma di Scuola Media Superiore, e il 22% ha conseguito la Laurea. Tali dati sono indicativi del fatto che, chi partecipa a questa attività, ha già una consapevolezza derivante dal più elevato livello culturale rispetto all'utente medio che si rivolge al nostro Consultorio.

Esattamente il 50%, delle partecipanti al corso ha un'attività lavorativa, e un'altra metà è o casalinga o alla ricerca di una prima occupazione.

Il 72% delle gestanti proviene dal comune dove ha sede il Consultorio, e le altre, o da Cagliari o da altri comuni.

Il 74% delle partecipanti è alla sua prima gravidanza e il 18% alla seconda.

Dai dati rilevati invece, dalla compilazione dei *Questionari di verifica*, è emerso quanto segue:

Tutte le partecipanti hanno espresso la loro soddisfazione nei riguardi dell'organizzazione e della esperienza del Corso, e la ripeterebbero in caso di una nuova gravidanza.

Alla richiesta se, e quali modifiche apporterebbero alla strutturazione del corso, il 25% ha espresso l'esigenza di iniziarlo dal primo trimestre di gravidanza, sia per appropriarsi meglio della tecnica di rilassamento, sia per utilizzare in pieno le informazioni che vengono date, specialmente quelle relative all'inizio della gravidanza.

Partendo dal presupposto che i compiti di un servizio consultoriale non dovrebbero esaurirsi con il momento del corso, si è formulata nel questionario, la domanda se e come il Consultorio debba garantire la continuità tra l'evento parto e le problematiche che da esso derivano (puerperio, controllo pediatrico, contraccezione e problemi educativi dei bambini). Il 100% delle donne ha risposto in maniera affermativa, proponendo che il Consultorio organizzi degli incontri sulle tematiche sopra indicate.

Vogliamo soffermarci sui dati emersi, per quanto riguarda il periodo di ospedalizzazione.

Premettiamo che l'organizzazione rigida dei turni di urgenza per i ricoveri nei tre ospedali cittadini, preclude alla donna ogni possibilità nella scelta del reparto al quale rivolgersi. È superfluo soffermarsi sullo stato di ansia che quest'organizzazione induce nelle donne.

Tra le donne che hanno seguito i nostri corsi, l'85% ha partorito nelle strutture pubbliche e il rimanente 15% in casa di cura privata.

Nell'applicazione del R.A.T. il 90% dichiara di aver utilizzato positivamente la tecnica di rilassamento appresa. In tale dato sono comprese anche le risposte delle donne che lo hanno potuto utilizza-

re soltanto in parte, per problemi clinici presentatisi durante il travaglio di parto (induzione, parto cesareo, applicazione di vacuum, ecc.).

Analizzando i dati sul trattamento ricevuto dalla donna durante tutto il periodo di degenza in ospedale, sono emersi i seguenti risultati:

SODDISFAZIONE DEL TRATTAMENTO CLINICO

	SODDISFATTE	INSODDISFATTE
Personale medico	90%	10%
Personale paramedico	60%	40%

SODDISFAZIONE DEL TRATTAMENTO PSICOLOGICO

	SODDISFATTE	INSODDISFATTE
Personale medico	70%	30%
Personale paramedico	30%	70%

Lasciamo ogni commento su questi dati alla sensibilità dei presenti; ci chiediamo però, se la causa della diversità di trattamento che le donne ricevono, possa essere attribuita ad una assenza di obiettivi comuni tra personale medico e paramedico, oppure all'insoddisfazione, o alla non sensibilità di quest'ultimo.

In considerazione della nostra esperienza, ci sembra opportuno avanzare alcune considerazioni conclusive e propositive.

Osserviamo un'assenza totale di continuità e comunicazione tra i vari servizi, in special modo tra le strutture ospedaliere e i servizi territoriali, anche all'interno della stessa Unità Sanitaria Locale. Ogni presidio è una realtà a sé stante, senza possibilità né di collaborazione, né d'incontro, precludendo il realizzarsi di intenti e di interventi univoci.

È evidente e siamo consapevoli che il persistere di questa situazione rischia di vanificare le nostre iniziative e il nostro lavoro. Sappiamo bene anche, che un processo che possa modificare l'attuale realtà non è facile e richiederà tempi lunghi.

Conclusioni e proposte

Alcuni obiettivi, però, potrebbero essere raggiunti nell'immediato.

Una prima proposta sarebbe quella di fornire ogni gestante di una scheda, compilata dallo specialista della struttura pubblica che

ha seguito il decorso della gravidanza, nella quale siano riportati tutti i dati inerenti a quest'ultima e alla salute della donna, in modo da garantire tempestività di intervento in ospedale, in caso di urgenza.

Bisognerebbe far sì che vi fosse circolarità dell'informazione tra gli operatori in modo che il personale ospedaliero venisse preventivamente informato della frequenza al Corso, e fosse disponibile ad accogliere le richieste della donna.

La scheda che la donna porta in ospedale, con le notizie riguardanti il decorso della sua gravidanza, potrebbe essere arricchita dei dati sull'espletamento del parto, sul decorso post-partum e sul puerperio.

Ci sembra altrettanto importante che in tale scheda vengano annotate tutte le notizie che riguardano le condizioni e la salute del bambino, al momento della nascita e durante la permanenza al Nido, ciò per permettere il realizzarsi del feed-bach di ritorno dall'ospedale al consultorio, in modo che la struttura territoriale sia realmente posta nelle condizioni di effettuare interventi di prevenzione primaria che è uno dei suoi compiti fondamentali.

Altro programma da realizzare in collaborazione con l'ospedale potrebbe essere l'informazione contraccettiva da effettuare nella stessa struttura ospedaliera nei giorni di degenza puerperale, con incontri rivolti a piccoli gruppi di donne, gestiti dal personale ospedaliero e dagli operatori del Consultorio, appartenenti alla stessa Unità Sanitaria Locale.

RAPPORTI TRA STRUTTURE SANITARIE DI BASE E OSPEDALE

a cura di *Rita Corda*

A nome del Comitato di gestione del Consultorio di Selargius, Quartucciu, Settimo San Pietro, voglio portare un contributo al dibattito sulla base di una esperienza costruita all'interno di un servizio di base, per sua natura più vicino ai bisogni dell'utenza.

Voglio ricordare brevemente il significato del consultorio nella battaglia politico-culturale per la Riforma Sanitaria: la sua funzione di educazione alla gestione sociale, alla socializzazione delle conoscenze, ad un nuovo rapporto con la salute basato sulla prevenzione.

Le donne che chiedono al consultorio di essere preparate all'evento parto, chiedono anche di poter partorire in maniera diversa, soprattutto più umana, rivelando una sempre maggiore consapevolezza che non viene però recepita dalla realtà ospedaliera, spesso in opposizione alle esigenze espresse dalle donne.

Come comitato di gestione sociale, poiché riteniamo che debba costruirsi una continuità culturale e operativa del consultorio con l'ospedale, abbiamo programmato una serie di incontri con i responsabili delle U.S.L. con i primari dei reparti di ostetricia e ginecologia e dei nidi, al fine di analizzare le istanze emerse dalle assemblee delle utenti e di studiare gli interventi necessari per soddisfarle.

Per noi, l'istanza di umanizzazione del parto, ormai inserita nella nostra cultura, vuol dire poter vivere un'attesa il più possibile serena e fiduciosa perché confortata sul piano sanitario e psicologico; significa restituire a quegli attimi tutta la dolcezza e il riserbo che spesso nella ritualità delle sale operatorie si trascura; implica anche la possibilità di creare uno spazio affettivo per il bambino che deve nascere. Umanizzare il parto vuol dire quindi rendere più umane le strutture sanitarie che devono imporre il rispetto della persona con i suoi bisogni di informazione, con le sue paure.

Oggi l'ospedale è invece un luogo in cui si diventa oggetti presi in carico dall'operatore di turno, si subisce l'assistenza invece di esserne partecipi, si è tenuti ad obbedire per non essere strapazzati, si riceve un trattamento che varia in relazione alla collocazione sociale di appartenenza.

Per questo alcuni propongono di partorire in casa. Noi riteniamo che per fare questa esperienza, senz'altro bella e affascinante, bisognerebbe avere delle strutture e degli standards assistenziali altamente qualificati. La nostra assistenza sanitaria non è in grado di fornire tutto questo.

Occorre quindi iniziare a cambiare il metodo all'interno degli ospedali perché l'efficienza diventi un criterio irrinunciabile; perché il personale, a tutti i livelli, abbia una preparazione adeguata; perché nella complessità dell'esperienza parto abbiano dignità di espressione le emozioni, le risposte personali, le storie culturali di ogni donna.

L'UTENZA COME VARIABILE FONDAMENTALE NELLA TRASFORMAZIONE DEI SISTEMI DI NASCITA

di *Umberto Lecca*

Nel momento della storia dell'ostetricia in cui i sussidi tecnologici offerti dalle scienze biomediche e bioingegneristiche vanno rapidamente elevando la qualità di assistenza e monitoraggio della gravidanza, risulta non sempre agevole al clinico percepire e assimilare la filosofia, le motivazioni e le prospettive della cosiddetta «cultura del parto».

Se è vero, per un verso, che sono attualmente possibili il controllo e la manipolazione dei gameti, la gestione in vitro dell'uovo fecondato, l'osservazione dello sviluppo e del comportamento dell'embrione e del feto, l'analisi biochimica dell'unità feto-placentare e la sorveglianza biofisica del travaglio di parto con un notevole guadagno nella prospettiva preventiva, è altresì rilevabile la difficoltà del ginecologo a riconsiderare il parto come evento antropologico e non solo come puro fatto meccanicistico, a recuperarne i caratteri rituali, sacrali, persino magici della tradizione, ad analizzare in un'ottica umanistica e non solo medica l'esperienza della gestante in un momento che non è solo promozione di nuova vita, ma anche inquietudine, dolore, lacerazione d'identità, violazione di integrità.

Il rispetto dei tempi, le considerazioni tecniche o strumentali, non sempre determinate dalle finalità del benessere materno e fetale o da precauzioni terapeutiche, nell'eventualità di situazioni patologiche, si frappongono ancora tra il clinico e la gestante dal primo approccio nella struttura sanitaria al periodo specifico del parto e fino alle prime fasi, nel successivo puerperale, del rapporto madre-bambino

Così si susseguono le necessità divisorie rappresentate dalle formalità burocratiche e impersonali del ricovero dalle valutazioni dello sviluppo e delle attività fetali, dall'analisi dell'evoluzione meccanica e dinamica del travaglio, e, all'acme della rappresentazione:

— dall'armonia della progressione del corpo mobile,
— dalle modificazioni del canale del parto,

— dal controllo del perineo,
— dall'estrazione e assistenza al neonato.

Non è semplice identificare in quale di questi istanti, inevitabilmente condizionati da esigenze metodologiche, sia possibile introdurre le domande e le aspettative culturali attuali. È evidente che, a fronte di un'organizzazione sanitaria poco ricettiva o sensibile, la ricostituzione del nucleo familiare, con la *presenza del partner in sala travaglio o sala parto,* può non essere sufficiente a restituire alla gestante il suo patrimonio naturale e fisiologico né il possesso del corpo o la comprensione della separazione di una parte di sé che si va compiendo.

Comincia, peraltro, in questa ricostituzione:
— la comunione di inquietudini ed emozioni,
— l'attuazione del progetto esistenziale iniziato nel privato riproduttivo,
— la coscienza, pur nell'evento meccanicistico, della concretizzazione del sogno e della nuova dimensione affettiva,
— la raffigurazione di un ricordo, almeno metafisicamente, comune.

Ma, nonostante ciò, la rappresentazione del parto ci vedrebbe ancora distanti da un'effettiva ed efficace comunicazione, gratuitamente sterili davanti ad un fenomeno che propriamente non lo è. E, allora, potrebbero rivelarsi artificiosi, per quanto correlati da significativi risultati, gli accorgimenti per una restituita naturalità del parto, come ad esempio, la riconsiderazione del problema della *posizione della donna,* con la variazione dalla situazione litotomica a quella eretta, o meglio, seduta in apposita poltrona. Né, parimenti, espressione di umanizzazione si deve considerare il ricorso a *presidi farmacologici* antalgici se l'annullamento del dolore non viene seguito da un'attiva e consapevole partecipazione dinamica della donna.

Gli accorgimenti conserverebbero, in tal caso, il loro proposito eminentemente tecnico, magari sperimentale, accentuando l'incomunicabilità tra le figure che recitano la scena del parto, limitando la nostra sfera di osservazione al dialogo con un avulso corpo uterino, a fibre muscolari o nervose ed a trascrizioni grafiche di conduzioni elettriche cardiache. La limitazione o la scomparsa del dolore non restituirebbero alla donna la coscienza e la guida dell'evento a fronte di spettatori concentrati nell'osservazione di componenti anatomiche, più disposti culturalmente all'interventismo che alla collaborazione o all'assistenza.

Certo, e l'obiezione è logica, la presenza del clinico deve soprattutto essere finalizzata alla vigilanza dell'avventura del feto nel tunnel del parto: ma è d'altronde vero che l'abitudine al patologico, la doverosa prevenzione della complicanza non devono confondere la vera dimensione fisiologica del fenomeno. L'esperienza e la riproposta del *parto a domicilio* ci dimostrano che il parto stesso, se conclusione di un periodo gestazionale anche medicalizzato, ma razionalizzato con un'efficace sorveglianza e prevenzione delle eventuali patologie, può essere ridefinito nella sua fenomenologia come esperienza vitale, produttiva di dolore, ma soprattutto di sublimazione e di significato creativo e può essere reintegrato nel tradizionale patrimonio di gesti, di emozioni, di meraviglia. Il progetto di una maternità liberata dalle sovrastrutture cliniche presuppone, parallelamente, un ripensamento non solo della cultura medica e ostetrica, ma una trasformazione del sistema sanitario che riconosca al parto i suoi caratteri fisiologici, programmandone l'espletamento al di fuori delle tecniche terapeutiche e limitandone la medicalizzazione alle eventualità accidentali e non prevedibili e a tutte le forme di patologia preventivamente accertate.

Penso, ricordando un intervento al congresso intitolato significativamente «La riproduzione in un mondo che cambia», che l'equilibrio fra programmazione scientifica e medicalizzazione da un lato e naturalizzazione e spontaneità dall'altro non può essere ricercata solo nel momento del parto: credere di risolvere queste antinomie cercando soltanto con piccoli marchingegni nel momento del parto un maggiore equilibrio, ritengo tradisca la natura e la ragione contemporaneamente. La via più efficace sarà sempre quella della diffusione di una nuova cultura popolare. Solo un'utenza dotata di buona mentalità scientifica di base, in possesso di linguaggi adeguati, cosciente del carattere strumentale e non finale delle tecniche più appropriate, capace di fare in se stessa la sintesi fra esigenze vitali e specialistiche, sarà in grado:

— di condurre con il medico un dialogo relativamente paritario,
— di influenzare le scelte tecniche in direzioni umanizzanti,
— di assecondare positivamente le scelte non direttive,
— di adeguarsi alle diverse situazioni riducendone i costi psicologici.

IL RUOLO DELL'OSTETRICA NELL'ASSISTENZA ALLA PARTORIENTE

di *Rita Roascio*

Ringrazio le organizzatrici di questo interessante convegno per l'opportunità che offrono alla categoria che rappresento, di affrontare un argomento di primaria importanza qual è l'evento della nascita.

La professione di ostetrica è di antichissima origine e si configura già nell'aiuto che, nelle primitive comunità, le donne più anziane prive di conoscenze scientifiche ma forti della loro esperienza diretta, prestavano alle partorienti più giovani. Dalle origini ad oggi la società ha attribuito alle ostetriche importanza e funzioni differenti, talvolta opposte (da venerate «medichesse» nell'antichità a «streghe» nel Medioevo). Dagli inizi del XVIII secolo in Italia, con l'istituzione nel 1728 della prima scuola per levatrici, l'importanza della funzione delle ostetriche cresce, così che si ritiene indispensabile una preparazione medico-scientifica per rafforzarne la professionalità. Dopo l'unità d'Italia, nel 1876, le scuole per ostetriche hanno un regolamento unitario; nel 1927 la durata del corso per il conseguimento del diploma di ostetrica viene portato a tre anni; infine, con gli accordi CEE di Strasburgo, si prevede un corso di studi che agli otto anni di scuola dell'obbligo più due di scuola secondaria superiore, aggiunge tre anni di scuola infermieristica e due anni di scuola di specializzazione universitaria, con 520 ore di lezioni teoriche e 2500 ore di tirocinio.

L'attenzione crescente da parte delle istituzioni nazionali e internazionali ad una sempre maggiore qualificazione professionale delle ostetriche è giustificata dall'esigenza, sempre più sentita, di garantire una più accurata assistenza alla donna che partorisce (a tal fine, in Italia, fin dal 1906 furono istituite le condotte ostetriche).

Dal secondo dopo-guerra ad oggi sono andati sempre più aumentando, nei paesi industrializzati, i casi di parto ospedalizzato. Tuttavia, per quanto riguarda l'Italia, una indagine statistica condotta su scala nazionale e pubblicata dalla F.N.C.O. nel 1977, dimostra che nelle isole un terzo delle ostetriche, a quella data, era impegnato nell'assistenza domiciliare al parto. Secondo i dati del primo piano sanitario regionale, in Sardegna, sempre nel 1977, il 16,1% dei parti com-

plessivi avvenivano ancora a domicilio, con punte del 33,8% nel Nuorese e del 27% in provincia di Oristano. Il progetto regionale di riforma sanitaria, in quegli anni, tendeva a ridurre ulteriormente il parto a domicilio e potenziare l'assistenza al parto nelle strutture ospedaliere. Nonostante ciò la Regione sarda tenne in piedi, fino al 1982, l'assistenza domiciliare, applicando in regime di prorogatio la Convenzione ex-INAM del 1975.

La Legge 833 del 1981 ha decretato la fine delle condotte ostetriche tradizionali; tuttavia l'assistenza domiciliare al parto continua ad essere praticata anche se nelle peggiori condizioni. Infatti, benché il C.N.U. esoneri esplicitamente le ostetriche delle ex-condotte dall'obbligo della reperibilità continua, imponendo loro 38 ore settimanali di servizio, da articolarsi secondo le ravvisate esigenze locali, spesso esse sono costrette ad intervenire fuori dell'orario di servizio a causa di chiamate urgenti (è infatti piuttosto frequente che la gestante, pur di partorire nella propria abitazione, chiami l'ostetrica solo nel periodo espulsivo) perché in un rifiuto potrebbero ravvisarsi gli estremi del reato di omissione di soccorso. Tutto ciò complica il compito delle ostetriche delle condotte (scomparse sulla carta ma esistenti di fatto), in quanto esse si sentono impegnate dagli stessi obblighi morali pur operando in presenza di maggiori difficoltà.

Non è così che noi ostetriche intendiamo l'assistenza domiciliare al parto, perché in questo modo non si riducono i fattori di rischio né il tasso di patologia e mortalità prenatale, non si migliorano le condizioni di salute della donna né si tutela la capacità gestazionale così come invece vorrebbe la Legge 833, per la quale essa deve essere esercitata «nel rispetto della dignità e libertà della persona umana».

In Sardegna esistono poco meno di 500 ostetriche, ma solo una minima parte è inserita nel settore sanitario materno-infantile; la maggior parte è stata dirottata, dalle USL, all'igiene pubblica, nel settore della medicina di base, scolastica etc... È invece insufficiente il numero di ostetriche negli ospedali, dove il rapporto numerico con le partorienti dovrebbe essere per legge di 1 a 10, mentre è dell'1 a 13,1 a 15. Le cause dei vuoti di organico sono da ricercare non solo nella legge finanziaria che vieta nuove assunzioni, ma anche nel non espletamento dei concorsi previsti, forse a causa del fenomeno della diminuzione delle nascite. Ma se è vero che ormai la famiglia tipo ha uno o al massimo due figli, e che quindi sono diminuite di molto

le nascite, bisogna tener presente però che per quanto riguarda i parti in ospedale essi non sono diminuiti, visto che è aumentato l'afflusso di partorienti appartenenti agli strati sociali che tradizionalmente partorivano a domicilio. Per questo motivo ritengo che gli organici ospedalieri delle ostetriche dovrebbero rispettare il rapporto ottimale di 1 a 10 così come vuole la legge, senza che per questo si corra il rischio, in un prossimo futuro, di avere eccesso di personale. Tale rapporto di 1 a 10 potrebbe garantire un'assistenza qualitativamente migliore e più rispondente alle esigenze della partoriente.

Oggi la gravidanza è sempre più di frequente voluta, programmata dalla coppia, non affidata al caso e quindi è più sentita l'esigenza di partecipazione attiva al parto non solo da parte della donna, ma anche del marito. D'altra parte, se è vero che l'essere umano non è solo un organismo biologico, ma l'insieme di più componenti (psicologiche, culturali, storiche etc.), non si può continuare ad ignorare queste ultime in sala parto. Il parto non può più continuare ad essere tanto disumanizzato da diventare un'asettica operazione chirurgica (qualcuno polemicamente ha scritto che la più grande aspirazione del ginecologo sarebbe quella di portarsi in sala parto i genitali della donna lasciandone al di fuori la testa!). Bisogna invece tener conto dello stato psicologico in cui viene a trovarsi la donna che sta per partorire.

In genere la donna si presenta con un bagaglio di incertezze, ansie e somatizzazioni delle stesse (confusività semantica o sintattica), paure che spesso portano ad una esasperazione del dolore. Spesso la partoriente, per un fenomeno di confusività semantica vede nell'ostetrica o la madre buona o la sua antitesi, la strega che ruba i bambini, che costringe alla separazione; inoltre, per il fenomeno di confusività sintattica, ella distorce il significato di ciò che si verbalizza e la sua eccessiva sensibilità la porta ad interpretare anche segni non verbalizzati (occhiate d'intesa, espressioni del viso) con senso di paura.

Nel periodo dilatante la gestante ha paura di non essere all'altezza dell'evento, per un fenomeno di regressione si trasforma in un bambino che chiede aiuto, perde il senso della realtà, perfino il proprio Io (assume posizioni fetali, rifiuta il parto, invoca il cesareo, maledice marito e figlio, ha paura di morire etc.). Nel periodo espulsivo lo stimolo della spinta è vissuto dalla donna come aumento della sua impotenza, come una persecuzione. Per questi motivi la donna può delegare passivamente al personale medico l'atto ultimo della nasci-

ta, e se il suo comportamento rinunciatario persiste per il prolungarsi abnorme del periodo espulsivo, può rendere effettivamente indispensabile l'intervento esterno (vacuum, manovre di Kristeller etc.).

Di fronte a questo tipo di reazioni in che ruolo si colloca l'ostetrica? Deve, secondo me, instaurare un rapporto di fiducia con la partoriente, per cercare di incanalare e dirottare le ansie e le paure, trasformandole in qualcosa di positivo e, se si ha il tempo materiale per farlo, si possono ottenere risultati soprendenti.

È vero però che non sempre il personale medico è in grado di farsi carico di questi problemi, sia per scarsità degli organici (quando si è stanchi non si può pensare al proprio lavoro, si agisce come robot, si perde il senso di umanità e si instaurano meccanismi di difesa), sia per i limiti della preparazione professionale.

Per superare l'aspetto disumanizzante del parto ospedaliero oltre quanto è stato detto finora, sarebbe necessaria una preparazione al parto ospedalizzato globale, non lasciata solo al privato né tanto meno affidata a figure che siano estranee all'ostetricia; il corso di preparazione al parto inoltre dovrebbe essere tenuto in strutture collegate con quelle in cui la gestante partorirà, dato che in un ambiente «estraneo» la donna può sentirsi (o è vista) come una «disadattata».

Il mantenimento del parto domiciliare deve essere condizionato dallo scrupoloso controllo della gravidanza, specie di quelle a rischio, dalla possibilità di un'adeguata e continua assistenza materno-fetale-neonatale, attraverso il collegamento con le strutture di base (consultori, ambulatori pubblici, distretti di base) che devono essere potenziate.

Noi, come ostetriche, ci siamo sempre fatte promotrici dei bisogni e delle aspettative di cambiamento, ma spesso non è stato riconosciuto il dovuto peso sociale alle nostre richieste che sono state bollate come corporativistiche. Occorre invece che, specie in Sardegna dove le riforme istituzionali nel campo della sanità sono partite in ritardo rispetto alle altre regioni, si recuperi il tempo perduto e si faccia tesoro delle esperienze altrui, tenendo conto che non si deve parlare di costi od oneri sociali della maternità, ma di investimenti, se si considera che la nascita è il momento che condiziona la vita futura dell'individuo.

CONSIDERAZIONI SUL PARTO OSPEDALIZZATO, OGGI A CAGLIARI

a cura *del Coordinamento donne della funzione pubblica C.G.I.L.*

Anni fa il parto a domicilio era un fenomeno abbastanza diffuso, mentre il parto ospedalizzato era riservato alla patologia gravidica.

Si può dire che, sotto un certo profilo, il parto a domicilio presentava aspetti positivi rispetto al parto clinico odierno: la donna partoriva nel proprio ambiente familiare con l'assistenza dell'ostetrica alla quale era legata da un rapporto di fiducia (e con la partecipazione di persone che aveva scelto); poteva tenere subito accanto a sé il proprio figlio che veniva così accolto immediatamente nell'ambiente familiare.

Nell'ospedale e nella maternità ospedaliera invece, si spersonalizza la vicenda del parto in quanto viene a mancare alla donna il calore e l'affetto dei familiari in un momento tanto delicato ed importante e viene meno altresì quel rapporto di fiducia tra ostetrica e gestante per cui l'evento parto diventa un momento di solitudine e di anonimato.

Sarebbe, quindi, necessario, al fine di limitare le sofferenze e le angosce connesse all'esperienza del parto in ospedale, che si instaurasse tra la gestante, l'ostetrica ed il medico, un rapporto di profonda amicizia.

Certamente accanto agli aspetti positivi il parto a domicilio presentava grosse negatività. La mancanza di adeguate attrezzature incrementava la patologia gravidica per cui vi era una elevata mortalità perinatale e l'ostetrica spesso era costretta a ricoverare la paziente d'urgenza, in travaglio di parto, con grave pericolo per la madre ed il bambino.

Per questo motivo e per gli altri connessi all'organizzazione ospedaliera — attrezzature ed assistenza — non è possibile riportare il parto a domicilio. Ma è necessario che anche il parto in ospedale diventi un'esperienza privata: si potrebbe consentire alla paziente di stare assieme ad un familiare durante tutto il travaglio, si dovrebbe

costituire un nido aperto dove la madre possa portare il bambino quando lo ritiene opportuno, ancora favorire la dimissione dall'ospedale per l'immediato inserimento del bambino nell'ambiente familiare.

La gravidanza presenta nella vita delle donne un'esperienza particolare, ricca di problemi e di conflitti che possono essere semplificati e ridotti con una buona preparazione al parto mediante corsi di psicoprofilassi ostetrica, pubblici e gratuiti, nei consultori e negli ospedali. Si conseguirebbero parecchi vantaggi quali la riduzione di circa un terzo della lunghezza del travaglio, la diminuzione delle distocie dinamiche e i conseguenti interventi ostetrici e così via.

È evidente che l'istituzione di questi corsi dipende dalla volontà delle forze politiche e dalla capacità degli amministratori di reagire adeguatamente ai mutamenti e alle nuove esigenze dell'ambiente con opportune innovazioni.

Purtroppo in Sardegna pare sia difficile istituire corsi di psicoprofilassi e la situazione ospedaliera presenta carenze gravissime; prima fra tutte quella relativa al personale paramedico. La nostra professione richiede sia dedizione perché non è sempre facile essere psicologicamente disponibili, per tutta la durata del turno di servizio, a collaborare per una nascita senza violenza, sia sacrificio perché il turno in sala parto dura otto ore. Si può dire che nell'ospedale accanto ad uno stato patologico del malato vi è uno stato patologico del personale. Infatti la struttura ospedaliera, che dovrebbe risolvere il problema di curare i malati e allo stesso tempo assicurare ai propri dipendenti maggiore professionalità attraverso l'aggiornamento, promuovere il progresso tecnico-scientifico, instaurare una migliore qualità del lavoro, realizza invece, oggi, condizioni di lavoro ripetitivo e alienato.

Mancano quindi nell'organizzazione ospedaliera quei presupposti di efficienza organizzativa indispensabili per assicurare la stabilità dei rapporti di lavoro, per garantire uniformità nell'esercizio delle funzioni.

In breve la necessità che l'ospedale sia efficiente non costituisce la preoccupazione primaria degli amministratori, che si interessano di garantire la continuità della struttura ospedaliera — ed è questo l'obiettivo che ha la precedenza — piuttosto che la sopravvivenza dei malati che devono accettare l'ospedale con tutte le sue disfunzioni e carenze.

ALCUNE PROPOSTE PER UNA CONDIZIONE PIÙ UMANA DEL PARTO OSPEDALIZZATO

a cura di *Mariolina Fusco*

Come Coordinamento donne socialiste troviamo molto felice la scelta del tema di questo Convegno, in quanto offre l'occasione per un confronto e una sensibilizzazione su una tematica che investe una serie di problemi quali, ad esempio, la situazione delle istituzioni socio-sanitarie, la preparazione e riqualificazione delle varie figure professionali, la riflessione sulla trasformazione culturale riguardante i ruoli della famiglia nucleare e infine l'analisi dei bisogni e delle richieste emergenti dalle donne.

Le donne oggi chiedono alle istituzioni pubbliche che il parto non venga più considerato come un momento patologico della vita umana, ma che venga riconosciuta a questo evento la sua naturale fisiologicità, che però non può essere scissa dalla necessità di un'adeguata assistenza non solo medico-sanitaria, ma soprattutto psico-affettiva.

Un numero sempre crescente di donne esprime l'esigenza di un parto umanizzato, non violento al quale si arrivi con una preparazione maturata con nuova consapevolezza. Le donne che oggi frequentano corsi di preparazione al parto lo fanno, crediamo, non con l'intenzione di apprendere una tecnica che permetta di non sentire il dolore, ma per essere aiutate ad affrontare il momento del parto, indubbiamente difficile e doloroso, in maniera cosciente e responsabile. L'esigenza di un parto naturale esprime, ci sembra, il bisogno di restituire a quegli attimi tutta la loro pienezza, ma anche la ribellione delle donne ad essere vittime di errori e danni prodotti da un progresso distorto.

Oggi infatti nuove forme di violenza si sono sostituite alle antiche, mentre di parto si muore ancora. Molte donne hanno fatto esperienza, sulla propria pelle, di come la scienza e la tecnologia più avanzate possano diventare strumento per nuove forme di violenza. Fin dai primi momenti di ricovero ospedaliero il malato avverte un'improvvisa perdita della propria identità: diventa un numero o un indi-

viduo ricondotto allo stadio infantile il cui compito primario è l'obbedienza e il silenzio, pena l'essere bollati come nevrotici. A rendere ancora più insopportabile l'ospedalizzazione è tutta una serie di pratiche avvertite dai pazienti come umilianti, ad esempio per le donne, la tricotomia.

Ad aggravare la situazione della partoriente, rispetto agli altri ricoverati, è la pratica ostetrica attuale che include abitualmente lesioni corporee procurate (l'episiotomia), o provocate dalla scorretta conduzione del parto (lacerazioni perineali interne ed esterne) che le donne vivono come un grave attacco alla propria integrità corporea e che procurano spiacevoli inconvenienti (difficoltà a stare sedute, a camminare, ad avere rapporti sessuali).

Quanto detto finora non significa tuttavia rinuncia alle garanzie reali che la medicina moderna può fornire. Si tratta piuttosto di sollecitare la riflessione su questi ed altri aspetti del parto ospedalizzato, nel tentativo di contribuire alla modifica della prassi sanitario-ospedaliera che non garantisce né un'adeguata assistenza psico-affettiva alla partoriente né, a volte, la sua integrità fisica e che, comunque, sottrae la donna ad una partecipazione reale e cosciente al parto.

È necessario, a nostro avviso, che le forze politiche e sindacali, gli Enti locali, i coordinatori sanitari, le USL, gli operatori del settore materno-infantile delle USL e dei reparti di ostetricia si rendano ricettivi e sensibili al fine di dare, tutti insieme in stretta collaborazione, una risposta adeguata ai bisogni delle donne.

Da parte nostra vorremmo avanzare alcune proposte:

1) Utilizzo, in tutti i casi di parto considerato ad «alto rischio», di équipes tecniche qualificate e sensibilizzate, operanti in nuovi ambienti ospedalieri dotati di strumenti di alta tecnologia.

2) Recupero e umanizzazione delle strutture sanitarie esistenti, attraverso profonde modificazioni dei parametri spazio-temporali ed un adeguato aggiornamento del personale, da utilizzare nei casi di parto che non presentano rischi.

3) Creazione di «Centri pilota» che abbiano funzione di stimolo e di ricerca per i servizi già esistenti e capaci di offrire ai protagonisti naturali del parto (madre e padre) la possibilità di vivere l'esperienza di una gestione diretta del parto attraverso la partecipazione, la socializzazione dell'esperienza, pur nella salvaguardia dell'intimità. Le «case di maternità», se così vogliamo chiamare questi «centri-

pilota», dovrebbero avere una contiguità spaziale con l'ospedale, e dovrebbero garantire la stretta collaborazione col personale ospedaliero per eventuali casi di emergenza; in tale modo potrebbero offrire una soluzione alle esigenze di sicurezza che, nell'attuale struttura urbana, non è garantita dal parto a domicilio.

Perché tutto questo sia possibile, nel rispetto della riforma sanitaria, fondamentale è il ruolo che i consultori dovrebbero assumere in tale processo di cambiamento. Essi infatti potrebbero costituire i servizi cardine di questo mutamento, irrealizzabile in assenza di strutture di base abilitate a fornire tutta l'assistenza o le informazioni necessarie alle gestanti e alle neo-madri, per quanto riguarda sia l'aspetto medico che quello psicologico.

Le nostre indicazioni ci sembra vadano in direzione delle proposte fatte dall'«Organizzazione mondiale della sanità» e che, in Italia, non hanno ancora trovato applicazione né comprensione.

È questa, ci pare, la direzione in cui dobbiamo andare, se crediamo nella costruzione di una società diversa, più consapevole e più matura. Una società in cui l'esigenza di una «naturalità» non significhi rischio e abbandono alla natura non sempre amica, ma esigenza di umanizzazione, di felicità nella sicurezza e nella libertà. Una felicità che possiamo chiamare «qualità della vita» o anche corresponsabile gestione di mezzi che le scienze mediche, sociali, economiche, giuridiche ci offrono e che *dobbiamo governare per non esserne governati.*

UNA POLITICA DELLE DONNE PER I SERVIZI SANITARI

a cura di *Anna Maria Libra*

Non sono un'esperta, per cui il mio intervento vuole essere soltanto una riflessione su una esperienza che è sempre individuale ma comune a molte donne e che con le donne può essere compresa e ripensata.

Merita perciò un plauso l'iniziativa del «Centro studi e documentazione sulla condizione femminile» che viene oggi seguita da tante donne e che è riuscita a coinvolgere tanti operatori sanitari e sociali. Il plauso all'iniziativa proviene anche dalla considerazione che, in questa occasione, è stato possibile per le donne riappropriarsi di un luogo istituzionale, anche particolarmente bello come questo, soprattutto se pensiamo alle difficoltà che in generale le donne incontrano nei loro rapporti con le istituzioni.

Riflettere sul parto è sempre stato difficile, sia quando abbiamo attraversato il periodo in cui abbiamo tentato una rimozione della maternità, sia quando, acquistando consapevolezza dei nostri desideri, abbiamo riconosciuto anche la valenza sociale di questa esperienza. Insieme alla consapevolezza infatti è cresciuto anche il disagio e l'esigenza di pretendere la responsabilizzazione delle istituzioni che invece hanno risposto respingendoci nella solitudine. La solitudine non nasce solo dalla difficoltà di un rapporto con gli operatori sanitari che, in alcune circostanze, possono essere sensibili alle esigenze e alle analisi delle donne, ma dalla impossibilità di accettare le strutture sanitarie così come sono organizzate, soprattutto in Sardegna.

Io, donna sarda, collocata nella realtà sanitaria cagliaritana, venivo a conoscenza delle ricerche di Leboyer e delle esperienze di parto non violento portate avanti in Italia da Braibanti; leggevo anche le critiche che le donne del movimento francese avevano rivolto a Leboyer per aver preso in considerazione solo il bambino e non la madre e domandavo se fosse possibile realizzare queste esperienze nei nostri ospedali. La risposta era ovviamente negativa per cui mi appariva rivoluzionario chi affermava "La sofferenza è inutile, è puro spreco, non piace a nessun Dio" confrontando quella concezione

del dolore con quella tipica della nostra cultura. Io, che avevo come prospettiva un parto all'ospedale "San Giovanni di Dio", invidiavo le donne che avevano potuto fare una esperienza tanto diversa.

Si dice da più parti che le donne devono riappropriarsi di una cultura del parto da cui sono state espropriate, ma certo questo non può significare accettare la concezione del dolore come pena per una colpa da espiare, né rimpiangere la mistica della maternità che sacrificava la vita di tante donne. Piuttosto si può rimpiangere il rapporto che si instaurava fra la donna e la vecchia "*Levadora*", reso possibile dall'appartenenza ad una stessa cultura.

Questo è oggi il problema, la creazione di una cultura che coinvolga e accomuni le donne e gli operatori sanitari, ma che non può prescindere dalla nuova realtà che la donna vive o che ha deciso di vivere. Non è pensabile un semplice ritorno a casa quando non esistono più le condizioni culturali che rendevano possibile quella esperienza; così come è giusto ricordare che le donne, in Sardegna, hanno vissuto il parto in ospedale come momento di promozione sociale e di liberazione dalla paura della morte.

La costruzione o ricostruzione di una nuova cultura deve quindi partire dall'analisi della realtà sociale sarda, ma anche colmare il Gap culturale che ci separa da altre zone dell'Italia dal punto di vista delle strutture sanitarie; vuol dire coordinare l'operato del personale medico e paramedico; socializzare il sapere perché la donna utente non debba dipendere dalla volontà di chi ha il monopolio dei mezzi e delle conoscenze.

Per realizzare questo, penso alla utilità dei comitati per il parto non violento come quelli che si sono già costituiti a Milano e a Piacenza; penso alle possibilità offerte dai consultori come luoghi di crescita collettiva delle donne; penso in generale ad una nuova politica dei servizi che risponda alle reali esigenze delle donne. Infatti in un momento politico in cui si prospetta uno smantellamento dello stato sociale, con un ritorno all'esaltazione del familismo, il rischio per le donne è di tornare a casa non solo per partorire ma per gestire nel privato tutti i servizi che lo Stato non è più in grado o non vuole più dare.

UN COMMENTO IN FORMA DI DIBATTITO

a cura di *Annalisa Diaz, Resi Isetta*
Alida Manca, Anna Oppo

A.O. - La prima considerazione che nasce dal Convegno appena conclusosi, e soprattutto dalla grandissima partecipazione di donne e operatrici sanitarie, è che forse anche da noi il parto incomincia ad assumere i connotati di un problema su cui le dirette interessate pensano di avere qualcosa da dire. Non che da noi, in particolare in Sardegna, ci siano segni di un movimento di utenti — come quelli di cui hanno parlato le relatrici straniere — che protestano contro le pratiche mediche applicate al parto; tuttavia, anche da noi, esiste un diffuso malessere e estese zone di insoddisfazione nei confronti del trattamento che si riceve in ospedale si tratti della solitudine e dell'ansia durante il travaglio, della posizione di dipendenza-soggezione durante il parto o della spersonalizzazione che è connessa all'ospedalizzazione. Che questo malessere e questa insoddisfazione si traducano in qualcosa di più e di diverso dalle lamentele e dalle proteste private, non siamo certamente in grado di prevederlo. Va detto, però, che fra i molti segni di un mutamento di condizione femminile, nel senso di una maggiore consapevolezza e di una volontà di capire e intervenire, c'è la partecipazione ad un Convegno come questo che, val la pena di sottolinearlo, non è stato organizzato da istituzioni mediche o da primari ostetrici e ginecologi ma da un gruppo di donne che, non avendo niente a che fare con la medicina, non avrebbero avuto nessuna legittimazione ufficiale a occuparsi di gravidanza e parto e, in particolare, a dar la parola ad altre donne fornite di qualificazioni scientifiche certamente elevate, ma assai diverse da quelle normalmente richieste in questi casi.

R.I. - L'assenza più significativa è sembrata quella degli operatori sanitari di sesso maschile: non abbiamo visto fra il pubblico che un numero molto esiguo di medici e pressoché nessuno ha preso la parola per esporre il proprio punto di vista o per obiettare a qualcuna delle critiche più radicali al parto medicalizzato. Forse per il momento i medici giudicano superfluo considerare il parto da punti di vista diversi da quelli della loro disciplina e noi donne non abbiamo

ancora una forza culturale e politica tale da suggerire l'opportunità o la necessità di un confronto. Del resto, in una situazione come quella locale, contrassegnata da molti ritardi e molte carenze organizzative e tecniche, l'obiettivo dei medici, e non solo dei medici, potrebbe essere un astratto modello nord-americano o nord-europeo il cui profilo contempli molta igiene, strumentario tecnico sofisticato, impeccabili infermiere e partorienti disciplinatissime, le «nice girls» di cui ha parlato Suzanne Houd. Ed è anche comprensibile se si guarda a molti reparti di maternità: i responsabili dell'organizzazione sanitaria e gli operatori probabilmente considerano già un auspicabile traguardo avere locali sufficienti e igienicamente adeguati, il personale e gli strumenti ritenuti indispensabili. Stare a sentire le donne o prendere in considerazione gli aspetti sociali e culturali della gravidanza e del parto può apparire un «di più». In effetti, mettere in discussione un modello che solo molto approssimativamente può ritenersi realizzato può sembrare audace, utopico, o regressivo. Si può aggiungere, naturalmente, che un modello viene usualmente messo in discussione solo quando non va bene: i medici dovrebbero essere gli ultimi a dire che non va bene un modello «medico», costruito a misura delle proprie competenze e delle proprie esigenze.

A.D. - Le carenze locali, o nazionali, del parto ospedaliero sono in genere — e lo abbiamo sentito anche in questi giorni — il motivo più palese di lamentela e di protesta. Al di là di specifiche carenze o altro, si afferma che il parto deve essere «umanizzato», che in ospedale non vengono presi in considerazione «gli aspetti umani». Con ciò sembra si voglia affermare che il modello medico andrebbe forse bene purché il personale sanitario fosse più sollecito e gentile, che si consentisse alla partoriente di avere la compagnia di una persona di fiducia durante il travaglio e il parto o, che so, che la stanza di degenza fosse gradevole e accogliente. In realtà il modello medico di parto, più o meno perfettamente realizzato, considera la donna «dalla vita in giù», nega alla partoriente qualunque capacità di iniziativa o qualunque barlume di conoscenza, chiedendole solo di aderire alle richieste funzionali a chi dirige il parto. Ciò vale sia in situazioni economicamente e socialmente avanzate sia in zone più arretrate. Casomai l'arretratezza aggiunge la disorganizzazione, la scortesia del personale, i letti in corridoio o le infiltrazioni d'acqua nei locali di degenza.

Mi chiedo allora quale sia il significato di «umanizzare»: riconoscere alla donna il suo ruolo nell'evento o chiedere personale più educato e più civile o le tendine alle finestre?

A. M. - Questo ci conduce direttamente ai contenuti scientifici del Convegno. I discorsi che sono stati fatti, le proposte avanzate implicitamente o esplicitamente mi sembrano di segno univoco: sottrarre la nascita ad una definizione medica per ricondurla alla salute e alla fisiologia. E ciò significa porre al centro dell'evento la donna, le sue risorse fisiche e psicologiche. Tutto ciò che consegue, di critica alla tecnologia durante il parto normale, l'auspicio del parto in casa, la rivendicazione delle ostetriche di riacquistare una posizione centrale nell'assistenza alla partoriente non sono che aspetti particolari dell'esigenza fondamentale di un riconoscimento e di una valorizzazione della soggettività femminile. Non è un caso che le più pressanti richieste in questo senso nascano nei paesi e presso quei settori di donne dove più forti sono stati i momenti di mobilitazione e, dunque, dall'esigenza di un controllo forte, da parte delle donne, di tutte le coordinate della propria condizione, compresa la maternità, o soprattutto questa.

A. O. - Vorrei ripetere qui qualcosa cui ho accennato durante il Convegno, e cioè che il parto medico ha avuto, secondo me, una forte legittimazione. La promessa della medicina, di un parto «sicuro», di un mantenimento dell'integrità fisica e, talvolta, di un controllo del dolore, hanno avuto una fortissima presa sulle donne, almeno dal momento in cui si è smesso di accettare fatalisticamente malattia e dolore, decadenza fisica e/o rischio di morte. Non discuto né mi interessa di discutere in questo momento le statistiche sulla mortalità da parto, la loro attendibilità: poiché il parto è un evento anche sociale, è importante non solo ciò che effettivamente avviene ma anche ciò che si crede avvenga. E non vi è dubbio che si è creduto e ancora si crede che la medicina moderna possa controllare malattia e morte: chiunque abbia fatto queste promesse agli esseri umani — preti, sciamani, medici — ha sempre avuto un grande potere e un altissimo prestigio. Le donne, come tutti gli esseri umani, hanno giustamente paura della malattia, del decadimento fisico, della morte. Mi sembra perciò più che legittimo che abbiano velocemente rinunciato al parto in casa, alle levatrici empiriche... e alla loro soggettività a favore di una promessa di integrità fisica e di vita. Vorrei

aggiungere anche che personalmente mi commuovo pochissimo di fronte alle immagini del «buon tempo antico» o del «mondo che abbiamo perduto», che è il titolo di un bellissimo libro sulle società tradizionali. Del filmato della Jordan mi è rimasto impresso soprattutto il tempo angoscioso di attesa di espulsione della placenta.

Il «mondo che abbiamo perduto» era un mondo duro e crudele, pochissimo tenero nei confronti di noi donne, e ho il sospetto che le levatrici empiriche fossero più simili a quelle descritte da Shorter, nel volume «Storia del corpo femminile», piuttosto che angeli rispettosi delle esigenze e della soggettività delle donne come qualcuna delle nostre compagne sostiene. Con questo naturalmente non voglio «coprire» nessuna delle nefandezze degli ospedali e mi rendo ben conto del potere di suggestione che un richiamo al passato esercita e dell'utilità politica di tale richiamo.

R.I. - Certo si possono fare molte considerazioni sulla nascita nelle società tradizionali e sul ruolo delle empiriche in esse, considerazioni che lasciamo in gran parte agli storici che ne stanno ancora discutendo. Quel che mi pare si possa osservare è l'importante dato socio-culturale di una nascita affidata alla parte femminile della popolazione — situazione certamente non scelta dalle donne — che, nonostante i limiti, permetteva che queste ultime avessero il controllo della propria gravidanza e del proprio parto e la possibilità della costruzione di un sapere. I riferimenti che durante il Convegno sono stati fatti alla nascita nelle società tradizionali mi sembra avessero come fine quello di fornire elementi di riflessione, non tanto e non solo su diverse modalità di parto, quanto sul rapporto donna-maternità-nascita, ciò che richiede, anche in questo campo, la fondazione di un sapere che appartenga alle donne. A tale proposito si può aggiungere che fra i movimenti dell'epoca attuale quello delle donne è stato forse l'unico ad essersi posto il problema di superare la separatezza fra saperi esistente fra tecnici e professionisti da un lato e utenti dall'altro, specie in settori vitali come la propria salute e il controllo del proprio corpo. Rispetto alla maternità, poi, l'elaborazione è stata più articolata e appassionata proprio per la natura personale e sociale di questo accadimento.

A.D. - Mi sembra che sia stato comunque più facile indagare sul desiderio di maternità, riconoscere la sua ambivalenza, rimuoverlo e riproporlo come bisogno autonomo, analizzare i sogni e le fanta-

sie delle donne in gravidanza piuttosto che approfondire ed elaborare l'esperienza del parto. I tentativi fatti in questa direzione o si sono fermati ad una analisi in chiave psicoanalitica del vissuto della donna o hanno proposto un modello di naturalità che ha finito per riaffermare la dicotomia fra una natura ancora tutta femminile e una cultura sempre di segno maschile. A questa cultura, alle conoscenze degli esperti sono state a volte contrapposte analisi e pratiche imprecise e superficiali che non hanno prodotto nuovo sapere, ma hanno spesso reso le donne meno capaci di acquistare potere sulla loro salute.

Il fatto stesso che del parto ospedalizzato vengano messe in discussione molte delle conseguenze soggettivamente sgradite del modello medico sta ad indicare, mi pare, come sia ancora poco chiaro che tali conseguenze sono incorporate nel modello e non semplici incidenti di percorso derivanti da insufficienze individuali o da carenze organizzative. Questo Convegno ha messo in evidenza proprio la coerenza interna del modello, costruito intorno al sapere-potere medico che può restare indifferente alle esigenze femminili. D'altra parte non bisogna dimenticare che attraverso la definizione medico-scientifica del parto è stato possibile rimuovere l'antica minaccia femminile rappresentata dal «potere» di dare la vita e, di conseguenza, conquistare il diritto a controllare uno degli eventi centrali per la riproduzione della società. Sembra siano i medici e i loro strumenti a fare i figli «Ti ha fatto nascere lui», il medico, «non io tua madre». Un bel colpo alla fantasia di onnipotenza femminile!

A.M. - Né si può dimenticare che il parto è solo uno dei tasselli di un processo di espropriazione che riguarda il prodotto figlio da allevare ed educare secondo pratiche definite da altre forme di organizzazione del potere. La discussione sul parto, quindi, non è che un frammento della discussione più generale sul disagio delle donne di fronte alla difficoltà di accedere al potere che organizza la conoscenza e fissa l'ordine — le regole — del vivere sociale. Solo una coscienza diffusa delle cause di questo disagio può consentire oggi di fare una scelta che si traduca nella reale possibilità di decidere come e dove mettere al mondo un figlio. A questo proposito si può fare un'ulteriore osservazione. Una scelta diversa dal parto medicalizzato comporta per le donne l'acquisizione di consapevolezze che mettano in crisi il suo rapporto con l'ambiente che la circonda. Gestire il proprio parto può significare — e ciò sembra una contraddizione — ri-

nunciare anche ai «privilegi» di un'esperienza non dolorosa, al processo tecnologico che pare finalizzato a migliorare le condizioni della nascita, non utilizzare quelle strutture alle quali la maggioranza delle persone guarda con fiducia. Significa in poche parole vivere un'esperienza che superi l'invadenza della tecnologia.

A.O. - Questi ultimi tentativi di analisi sollevano più problemi di quanti noi siamo in grado di affrontare, almeno in questo momento storico al livello di elaborazione teorica e politica esistente. La prima che mi viene da fare, considerando la cultura prevalente e i valori più diffusi, è che un diverso modello di parto avrebbe la possibilità di acquisire legittimazione solo nel momento in cui fosse possibile dimostrare e far credere — giusto come hanno fatto i medici — che un parto che preveda la partecipazione cosciente e attiva della donna sia superiore per la salute della madre e del bambino.

Se si arrivasse alla conclusione e alla convinzione generalizzata che il parto ospedalizzato è più nocivo e pericoloso di un parto in casa o di un parto che, dovunque avvenga, consideri la donna nella sua interezza e non «dalla vita in giù», la battaglia per un parto diverso sarebbe praticamente vinta. Del resto è in questa direzione che si muovono le ostetriche danesi — Suzanne Houd in testa — e i movimenti dei consumatori negli Stati Uniti che utilizzano le statistiche sulla natimortalità e sulla mortalità perinatale per dimostrare la *pericolosità* oltre che la disumanizzazione del parto tecnologizzato. Dire che si deve tornare a un parto fisiologico perché ciò significa rimettere la donna al centro dell'evento non è sufficiente.

È necessario aggiungere che ciò è *giusto*, che è essenziale per una nascita più sicura, che la tecnologia al posto dell'attività cosciente della donna produce più danni che vantaggi. È così che si entra nella dinamica delle decisioni che riguarda le regole fondamentali del vivere sociale. È in questa direzione che vedrei lo sviluppo di un sapere-potere delle donne, all'interno della realtà sociale attuale, all'interno degli attuali rapporti di forza. Ma non è un vecchio discorso sull'egemonia?

R.I. - Gli attuali rapporti di forza, certo, ma anche i passati rapporti di forza. In fondo le nostre relatrici hanno cercato di dirci proprio che il parto medicalizzato produce sia disagio sia pericolo e che su entrambi i problemi val la pena di riflettere, di sviluppare analisi ulteriori, raccogliere documentazione.

Mi chiedo, tuttavia, quanto questa sollecitazione sia stata accolta e quante di noi vi abbiano prestato fede fino in fondo. Non si tratta solo del fatto che il modello medico, per quanto imperfettamente realizzato, è da noi largamente accettato, ma anche della costante minore credibilità che le analisi e le denunce femminili hanno rispetto a quelle maschili, anche agli occhi delle stesse donne, indipendentemente dalla loro correttezza. È vero che questo è un aspetto particolare, ma essenziale della distribuzione del potere nella società e dell'interiorizzazione, antica, di una posizione di subordinazione rispetto alla cultura e ai «legittimi» produttori di conoscenza. Il non valore assegnato a sé stesse e alle proprie compagne di sesso in quanto produttrici di cultura è peraltro un tema che è stato assai dibattuto dalle donne ed è un problema che ancora ci riguarda molto da vicino.

A.O. - La nostra incapacità a valorizzarci non riguarda solo la cultura o la produzione del sapere ma si estende a tutto il vissuto femminile, allo scarso valore che abbiamo sempre assegnato a tutto ciò che facciamo. Un po' paradossalmente, o dialetticamente, verrebbe da dire, anche rispetto al parto, che questo ha assunto valore per le donne non tanto quando era la parte femminile della popolazione a controllarlo — che così fosse era «naturale» — ma da quando tale controllo è passato in mani maschili. Forse il parto medicalizzato è capace di «svelare» — molto più del parto tradizionale — la centralità sociale, e non solo biologica, della donna nel processo di riproduzione della società. Il ritorno al parto naturale potrebbe significare la conquista, e non la riconquista, di un potere femminile nel processo della nascita e una cosciente partecipazione delle donne alla sua definizione socio-culturale.

A.M. - In questo senso appare chiaro, mi sembra, che il problema vero non sia quello di «tornare all'antico». L'antico può essere importante per l'immagine che esso rimanda di un controllo femminile e, soprattutto, di un sapere femminile rispetto alla nascita. Proprio in una regione come la nostra in cui questo «antico» è piuttosto recente e non si è ancora persa memoria di tale sapere, così come ci ha mostrato Luisa Orrù, potrebbe essere importante verificarne la validità, utilizzarlo come base su cui articolare un nuovo e nostro sapere, in una continuità col passato che eviti la cancellazione completa di questo frammento della nostra identità di donne e di donne sarde. Se un'omologazione culturale in nome della scienza e della tecni-

ca — del progresso — produce oltre che disagio e perdita di identità anche danno fisico, pericolo per l'integrità della partoriente e del bambino dovrebbe essere urgente impegnarsi per evitare che ad un certo punto ci si trovi a partorire «all'americana», magari nel momento in cui negli Stati Uniti, per effetto della mobilitazione di donne e utenti, si affermasse un modello «mediterraneo» simile a quello vigente da noi fino a poco tempo fa.

R.I - Sono d'accordo che vada prestata attenzione all'antico sapere femminile, al senso della continuità e della storia, ma vorrei che si prestasse altrettanta attenzione ai cambiamenti e alle trasformazioni socio-culturali, alla realtà sociale attuale e anche al progresso medico-scientifico. La nostra famiglia non è più quella delle società tradizionali, sono scomparse quelle reti di solidarietà femminili che si mettevano in moto soprattutto nei momenti centrali del ciclo della vita-nascita-matrimonio-morte, è cambiato il modo di considerare il proprio corpo, si è abbassata notevolmente la soglia del dolore per effetto della promessa di una sua eliminazione; contemporaneamente, la medicina interviene sempre più massicciamente nel processo riproduttivo, non solo con la tecnologizzazione del parto, col controllo della gravidanza ma, come ben sappiamo, nel momento della fecondazione. La fondazione di un nuovo modello di nascita non può non tener conto di questi fattori. Sfondo porte aperte nel dire che nessuna donna vuol rinunciare a quei supporti tecnologici e a quelle conoscenze mediche che rendono ragionevolmente sicura la sua gravidanza e che permettono di controllare le gravidanze a rischio. Probabilmente molte donne, nelle situazioni in cui è possibile, sceglierebbero il così detto «parto indolore» così come scegliamo di prendere un analgesico al primo accenno di mal di testa. Un nuovo modello, non medico, che ponga al centro la donna, col suo corpo e la sua consapevolezza, comprende necessariamente il dolore e la fatica. Quante di noi sarebbero oggi disposte a subire dolore e fatica se, dall'altra parte, venisse offerto un parto tecnologizzato ma senza sofferenza?

A.D. - Probabilmente molte, se si affermasse la convinzione che, nelle situazioni normali, questo modo di partorire è anche più sicuro per se stesse e per il proprio figlio. Molte di più, io credo, se si riuscisse a ripensare il dolore distinto dalla paura e dalla passività, se la categoria della sofferenza avesse una diversa definizione sociale, dal momento che è noto come le esperienze soggettive cambino pro-

fondamente di significato a seconda della definizione che ricevono.

Rimuovere il dolore come ribellione ad una condanna ha infatti contribuito solo a rafforzarla. Dare un senso alla sofferenza può invece significare misurare la propria capacità di investire energie in un progetto che si è deciso di realizzare.

Non intendo con questo esaltare la fatica o la sofferenza, ma riconoscerla come elemento che può essere presente in ogni esperienza umana sia questa fare un figlio, scrivere un libro, svolgere una ricerca. Il piacere sarà nell'ottenere quello che si è desiderato, e non una simbolica gioia di maternità che per qualcuna non è mai esistita. E magari sarà possibile scoprire che partorire comporta una grande fatica, come la scalata di una montagna dalla quale si ritorna anche disfatti, ma soddisfatti di come ha risposto il nostro corpo a quella esperienza e del «di più» di conoscenza che abbiamo realizzato.

A.O. - Nell'orizzonte immediato non vedo folti drappelli di aspiranti scalatrici: in epoca attuale si preferisce in genere arrivare alle cime con comodità, utilizzando i mezzi che la tecnologia mette a disposizione. Dico questo per sottolineare il mio totale accordo con l'affermazione della Jordan che ogni sistema di nascita è parte integrante del sistema culturale più vasto, che nella gravidanza e nel parto si riflettono i valori che le persone condividono anche in altre sfere di esperienza. L'inevitabile conseguenza è che si può cambiare il sistema di nascita quando, per effetto di una diversa distribuzione del potere fra classi, ceti, gruppi e sessi, entrano in crisi o vengono messi in dubbio i valori e le norme del sistema culturale precedente.

Che da qualche parte, per iniziativa di alcune minoranze, si stia mettendo in discussione il sistema di nascita medicalizzato è segno che qualcosa è cambiato nella distribuzione del potere, fra specialisti e utenti, fra uomini e donne. Non dimentichiamo che i movimenti per un parto non tecnologizzato agiscono fianco a fianco dei movimenti dei consumatori che si battono per un controllo rigoroso della qualità dei servizi di assistenza, del cibo, delle generali condizioni materiali di vita. Aggiungerei che l'ideologia del progresso — della scienza e della tecnica che ci farà liberi e felici — ha perso da un pezzo molta della sua credibilità. L'aspirazione ad essere felici, sani, belli, in grado di controllare il più possibile le coordinate della propria esistenza, non è un valore in declino evidentemente. Forse c'è un po' di confusione circa i modi di raggiungere l'obiettivo: per fortuna viviamo in

un'epoca in cui nessuna autorità può indicarci l'unica strada, quella vera. Nel mezzo di tante strade, tante proposte vedrei con molto favore una crescente consapevolezza e una prolungata riflessione. Anche rispetto ai diversi modi di partorire — e tutti i fautori di questo o quel metodo assicurano in fondo più salute e felicità — introdurrei un elemento di cautela e prudenza, considerando in primo luogo la nostra esigenza di donne di divenire sempre più capaci di governare la nostra vita.

Finito di stampare nel febbraio 1986
presso la Litografia Coop. C.U.E.C.
Via Tolmino, 33 - 09100 Cagliari
Tel. 070/28 22 49

Fotocomposizione impaginazione e fotolito
Prestampa
Via Nenni 133 - Quartu S. Elena
Tel. 070/88 32 23