

Antropologia per la Società accoglie contributi di ricerca capaci di coniugare il rigore dell'analisi, l'attenzione alla comunicazione e l'inquietudine per l'applicazione dei risultati. Guidati dalla convinzione che lo strumento dell'indagine etnografica costituisca un "saper fare" scientifico e al contempo un'esperienza umana assolutamente calata nella società, i testi contenuti nella collana ambiscono a contribuire oltre che con delle interpretazioni, anche attraverso utili strumenti per l'azione.

La collana adotta un sistema di valutazione dei testi basato su revisione paritaria, imparziale e anonima (peer-review)

Coordinatore:

Francesco Zanotelli (Università di Messina/CREA/ANPIA)

Comitato scientifico:

Marco Bassi (Università di Trento)

Mara Benadusi (Università di Catania)

Jean-Pierre Olivier de Sardan (EHESS/CNRS/LASDEL)

Ralph Grillo (Emeritus, University of Sussex)

Selenia Marabello (Università di Bologna)

Ivo Quaranta (Università di Bologna)

Bruno Riccio (Università di Bologna)

Massimo Tommasoli (IDEA, Nazioni Unite)

Volumi pubblicati:

1. Zanotelli F., Lenzi Grillini F. (a cura di), *Subire la Cooperazione?*
2. Pinelli B., *Donne come le altre*
3. Pellecchia U., Zanotelli F. (a cura di), *La cura e il potere*
4. Solinas P.G., *Ancestry*
5. Bartra R., *Antropologia del cervello*
6. Saitta P. (a cura di), *Fukushima, Concordia e altre macerie*
7. Crivellaro F., *Etnografia del microcredito in Italia*
8. Fichera F., *Ammalarsi di benessere*
9. India T., *Antropologia della deindustrializzazione*
10. Boni S., *Il poder popular*
11. Pinelli B., Ciabbari L., *Dopo l'approdo*
12. Benadusi M., *La scuola in pratica*

OLTRE I LUOGHI COMUNI

**PARTORIRE E NASCERE A DOMICILIO
E IN CASA MATERNITÀ**

Patrizia Quattrocchi

Proprietà letteraria riservata
© 2018 editpress, Firenze
Via Lorenzo Viani, 74
50142 Firenze - Italy
www.editpress.it
info@editpress.it
Printed in Italy

In copertina:
Elon e mamma Giansi
(foto: papà Sven)

Oltre i luoghi comuni /
di Patrizia Quattrocchi. -
Firenze : editpress, 2018. -
396 p. ; 21 cm
(Antropologia per la società ; 12.)
ISBN 978-88-97826-72-9
Permalink formato digitale:
<digital.casalini.it/9788897826729>

Il presente volume è stato pubblicato
grazie al finanziamento della
Commissione Europea “Progetto FP7
Post Grant Open Acces Pilot”

Sommario

7	Prefazione, di <i>Gianfranca Ranisio</i>
17	Introduzione
35	La ricerca. Il percorso teorico e metodologico
59	Partorire e nascere in Europa
83	Partorire e nascere in Italia
115	Il parto non ospedaliero in Europa
135	Il parto non ospedaliero in Italia
169	L'esperienza delle ostetriche
199	L'esperienza delle donne
221	Dentro gli altri luoghi: la casa maternità
261	Implementazione pubblica del parto a domicilio. L'esperienza della regione Emilia Romagna
305	Comparando modelli di nascita
335	Riflessioni finali. Un dialogo possibile?
357	Postfazione, di <i>Marta Campiotti</i>
359	Appendice. Strumenti di lavoro. Alcuni esempi
365	Bibliografia, sitografia, filmografia

Prefazione

Gianfranca Ramisio

Professore Ordinario di Antropologia Culturale

Università degli Studi di Napoli Federico II

Con questa ricerca sulle modalità del mettere al mondo e, in particolare, sul parto non ospedaliero, svolta tra il 2010 e il 2015, Patrizia Quattrocchi sposta il suo campo di indagine dal Messico all'Italia, operando una lettura comparata con la situazione europea, in particolare rivolgendo lo sguardo alla Spagna e ai Paesi Bassi. Attraverso le specificità di un approccio antropologico, critico e autoriflessivo, attento ai significati culturali e ai rapporti sociali, fornisce un valido contributo per una riflessione sulla nascita, che ci coinvolge come donne e come parte della società.

In Italia, il parto non ospedaliero interessa una parte esigua delle neomamme (meno dell'1%). Eppure l'irrilevanza statistica del dato non deve indurre a trascurare questo fenomeno, ma al contrario – come sottolinea la ricercatrice – deve sollecitare a chiedersi quali siano le motivazioni per cui se ne parla così poco e se ne sa così poco. L'irrilevanza statistica del fenomeno, infatti, diventa un dato su cui riflettere, perché impone di riconsiderare i modelli interpretativi che adottiamo sul parto e la nascita e che sono ormai largamente condivisi e generalizzati, per avviare invece una valutazione – sia dal punto di vista individuale che dal punto di vista collettivo – sui significati complessi e profondi della nascita e sulla sua rilevanza sociale.

Interrogarsi su questi aspetti significa riflettere sulla situazione attuale rispetto alla nascita e quindi sulle modalità con cui avviene l'evento; tali modalità sono strettamente in rapporto con la visione che la società ha di tale evento. Il processo di medicalizzazione del parto e dell'intero percorso nascita è un processo ormai avviato da decenni che, come è stato ampiamente sottoli-

neato, ha comportato lo spostamento dell'attenzione dalla donna alla tecnologia della nascita, trasformando un evento fisiologico in patologico. All'affermazione della scienza ostetrica si è accompagnata la progressiva emarginazione della donna dalla scena del parto, non solo come operatrice, ma anche come soggetto attivo del proprio parto, consapevole delle percezioni e in grado di leggere e interpretare i segni del proprio corpo. Se questo è un processo che ha interessato tutte le società occidentali, in Italia ha assunto forme particolari, in quanto la diffusione e l'imposizione del modello tecnocratico della nascita si sono accompagnate ad altri aspetti, quali il calo demografico e la bassa fecondità. I dati più recenti riportano, infatti, che l'Italia è il Paese con il tasso di natalità (8x1000) più basso tra quelli dell'Ue e che il 2015 è il quinto anno consecutivo di riduzione del tasso di fecondità, giunto a 1,35 figli per donna, mentre l'età media delle madri al parto continua a salire; dati sui quali è da tempo avviata una riflessione critica da parte dei demografi e degli scienziati sociali. Roberto Volpi qualche anno fa era intervenuto su questo tema con un testo molto chiaro e dal titolo emblematico *La fine della famiglia*, in cui tra i fattori che intervengono nel determinare questa situazione individuava «la maternità che scoraggia la maternità», intendendo con questo le modalità che circondano l'evento nascita e cioè l'eccesso di medicalizzazione e sostenendo: «Psicologicamente, la donna che arriva oggi alla soglia del parto è, per quanto abbia un'età media decisamente superiore, più fragile, scoperta, insicura di quanto non lo fosse sua madre. Confida nella medicina ben più che in se stessa. [...] L'accerchiamento medico-sanitario della maternità non aiuta la donna ad affrontare il parto nella piena coscienza di sé, nella convinzione di essere davvero pronta» (Volpi, 2007: 99). L'espressione «accerchiamento medico-sanitario della maternità» mi sembra molto calzante, se messa in rapporto con un'immagine di donna meno competente e più fragile. Queste considerazioni suscitano degli interrogativi: come si è giunti a considerare il parto non un evento fisiologico ma patologico, quali sono stati i passaggi che hanno contribuito a que-

sto? E in questo slittamento di significati che ruolo hanno avuto le istituzioni, le categorie professionali, le donne stesse? Questa ricerca ci induce a chiederci se il nostro modello sia il più consono alla madre e al bambino e se vi siano altri modi possibili per contenere l'eccesso di medicalizzazione che esso presuppone, ponendo in evidenza come il parto non ospedaliero possa essere una modalità di partorire attuabile e sostenibile.

Molto si è scritto sul materno, sulle percezioni e sensazioni legate alle trasformazioni corporee, sulle reazioni emotive che si susseguono durante la gravidanza, sino al parto e al rapporto successivo che si instaura con il figlio. La nascita è la prima tappa della vita umana, non un semplice fatto fisico o biologico, ma un passaggio sociale difficoltoso; il nuovo nato deve diventare persona e quindi deve essere riconosciuto e accolto, in modo da diventare un soggetto culturalmente modellato: le cure materne hanno una funzione antropo-poietica, poiché sono il terreno primario della incorporazione della cultura (Remotti, 2000).

Con la nascita si prefigura la prima percezione del mondo e dell'appartenenza culturale che si attua attraverso il distacco e il processo di differenziazione dal corpo materno, come scrive de Martino in un passo molto suggestivo: «La nostra esperienza cosmogonica ebbe inizio attraverso il calore del corpo materno, quando cominciò oscuramente ad essere vissuto, secondo il confine della pelle intiepidita, l'orizzonte inaugurale di una patria» (1977: 621).

I riti che accompagnano/vano l'evento sono rivolti ad assicurare sia ai genitori, alla madre soprattutto, sia al bambino, l'acquisizione di una propria identità, con le ricadute sociali che questo comporta (Van Gennep, 1981: 42). Anche Belmont (1980), che utilizza l'espressione molto significativa «*fabrication des enfants*» – intendendo con questo termine non solo il concepimento, la gestazione e la nascita, ma anche l'affermazione del neonato come essere fisico e sociale insieme – considera come la nascita in molte culture richieda la messa in opera di un apparato simbolico importante, che comprende sia rituali di separazione che rituali di aggregazione e riconoscimento/distinzione. Con tali cerimonie, il biologico viene pre-

so in carico e regolamentato dalla cultura, che rende ognuno di questi momenti significativo «come fatto sociale simbolicamente fondato». Attualmente le pratiche della medicalizzazione si pongono come inedite modalità di demarcazioni spazio-temporali, che scandiscono i vari passaggi: «la separazione della donna dalla quotidianità con il ricovero, l'ingresso nell'istituzione con le sue regole, le dimissioni che costituiscono una “investitura” nel ruolo di madre che la puerpera riceve dal personale sanitario quando le viene consegnato il bambino, infine il rientro a casa» (Falteri, 2017: 226-227)

Agli spazi della casa si sono sostituiti quelli ospedalieri, asettici e spersonalizzanti; modalità organizzative e procedurali si impongono sulle esigenze delle madri, modificando profondamente la percezione che le donne stesse hanno dell'evento nascita, che diviene un evento subito da madre e bambino, i cui “tempi” sono determinati da quelli dei medici e dell'istituzione.

In questi mutamenti si inseriscono anche i cambiamenti intervenuti nelle funzioni delle ostetriche: nel parto non medicalizzato l'assistenza alla donna è/era garantita dall'ostetrica, una figura dotata di disponibilità umana e di capacità professionale, frutto della sua preparazione scientifica, ma anche dell'esperienza pratica e dell'intuizione, quello che è stato definito il sapere “autorevole” (Davis-Floyd, Davis, 2010). La medicalizzazione e l'ospedalizzazione hanno prodotto la marginalizzazione delle funzioni dell'ostetrica a vantaggio della figura del medico ginecologo, per lo più di sesso maschile (Murphy Lawless, 1988).

Nel corso degli anni Settanta-Ottanta anche in Italia si è avuto il moltiplicarsi di gruppi, di associazioni spontanee, centri di informazione e assistenza per l'umanizzazione della nascita. *Riprendiamoci il parto!* era la traduzione del titolo del libro di Raven Lang, divenuto anche uno slogan, nel senso di rivendicare la riappropriazione, tutta al femminile, di qualcosa che è stata tolta e la cui espropriazione ha segnato le donne come una nuova ferita.

L'introduzione nei vari settori del campo medico, tra cui anche in ostetricia, del concetto di “umanizzazione”, come impegno a tenere presenti nell'intervento sanitario e assistenziale le molteplici

dimensioni della persona, è stata una risposta a queste critiche, nonostante le ambiguità insite in esso (Regalia, 1991; Lupo, 2014).

Parlare di umanizzazione ha significato segnalare e porre in evidenza un disagio avvertito nel rapporto tra medici e pazienti e tra pazienti e strutture. Nei confronti della pervasiva medicalizzazione della nascita, l'emergere di questo disagio ha segnato gli ultimi decenni del Ventesimo secolo e ha indotto ad introdurre nuove possibilità, di fronte alle pressioni del movimento delle donne e della categoria professionale delle ostetriche.

Da queste proposte sono nate nei decenni successivi le disposizioni legislative che riguardano il parto domiciliare e l'istituzione delle case di maternità, quale modello intermedio tra la medicalizzazione della nascita ed il parto domiciliare. Tuttavia, ai vari progetti presentati nelle regioni italiane non hanno fatto seguito azioni mirate. I parti domiciliari sono possibili ovunque, ma sono erogati dal Sistema Sanitario Nazionale (SSN), direttamente o in convenzione, solo in poche città. Anche le case di maternità sono rimaste episodi isolati nel panorama nazionale.

Di fronte a questo scenario ricerche, come questa, sono importanti in quanto analizzano la situazione nelle regioni italiane, dove si pratica il parto domiciliare e dove sono state istituite le case di maternità, per poi inquadrare tale situazione in un orizzonte più ampio e presentare, in un'ottica comparata, le soluzioni adottate in altri Paesi europei.

Nelle case di maternità si configura una diversa attenzione ai luoghi del parto, perché in queste la donna possa sentirsi a proprio agio, libera nelle scelte e nei movimenti. Alla base di questa riprogettazione della scena del parto, vi è quindi la volontà di ripensare l'immaginario culturale che è sotteso a questo evento.

Di queste esperienze tratta questa ricerca, individuandone le specificità e interrogandosi sulla sostenibilità di esse, nel senso di "soddisfacimento dei bisogni" delle donne, dei neonati, dei professionisti impegnati, delle istituzioni, della società nel suo complesso. Attraverso le voci delle madri e delle ostetriche intervistate emer-

gono considerazioni rilevanti sui vantaggi per entrambe e soprattutto per la relazione madre bambino.

Come pone in evidenza Patrizia Quattrocchi, questa diversa concezione del parto che accomuna case di maternità e parti a domicilio include come aspetto saliente l'alleanza madre-ostetrica, per ricreare uno spazio in cui le donne possano trovare risposte ai loro bisogni, all'interno del quale si tenga conto dei loro saperi, dei loro tempi e dei loro ritmi.

Nel testo si intrecciano la visione e l'esperienza delle ostetriche che assistono parti non ospedalieri e delle donne che hanno partorito a domicilio per comprendere dal di dentro quali siano le aspettative e le esigenze di entrambe e, soprattutto, quale sia il valore aggiunto che questa esperienza apporta al loro modo di essere e di vivere. Nel procedere del testo la voce dell'antropologa si inserisce quale voce ulteriore, nel duplice ruolo di attrice e osservatrice di un processo che richiede «sguardi multipli e narrazioni multivocali» (*infra*).

Questa ricerca si presenta perciò di grande interesse perché solo attraverso analisi di questo tipo emergono le motivazioni che inducono, sia pure in un numero limitato, ostetriche e madri a fare scelte che portino a riannodare il filo di un percorso brutalmente interrotto. Infatti, il tema centrale che emerge da queste voci è la richiesta di rispetto, sia per le donne in generale, che nello specifico per le esigenze e le problematiche di ogni singola donna. Il rispetto è il concetto chiave alla base della relazione donna ostetrica, concetto che ritorna tanto nelle parole delle donne che in quelle delle ostetriche. Su questo concetto Patrizia Quattrocchi si sofferma più volte perché ritiene che esso racchiuda una nozione complessa, plurisemica, e sia allo stesso tempo veicolo di significati plurimi. In questa prospettiva il concetto di rispetto può assumere la funzione di filo rosso «dal quale – nell'ottica di un ripensamento dell'assistenza al parto nel nostro Paese – non si può più prescindere» (*infra*).

Secondo la prospettiva introdotta dall'autrice, il parto non ospedaliero dovrebbe essere sostenuto come una delle strategie pos-

sibili, cioè come un'opzione realisticamente percorribile, come le storie delle donne intervistate – madri e ostetriche – documentano. In questo modo la società potrebbe ricreare le condizioni per rendere realizzabile una modalità di parto “normale” e tale modalità potrebbe essere presentata alle donne come una scelta possibile, che risponde al soddisfacimento di un bisogno, che non è solo degli attori sociali presenti sulla scena del parto, ma è anche della collettività: la riappropriazione della nascita, quale processo fondante della società.

Riferimenti bibliografici

- Belmont N. 1980, voce *Nascita*, in Enciclopedia Einaudi, vol. IX, Torino, Einaudi, pp. 702-714.
- Davis-Floyd R., Davis E. 2010, *L'intuizione come sapere autorevole nella pratica ostetrica e nel parto a domicilio*, in Maffi I. (a cura di), *Nascita*, serie «Antropologia», IX, 12, pp. 19-60.
- De Martino E. 1977, *La fine del mondo*, Torino, Einaudi.
- Falteri P. 2017, *Dalla nascita alla morte: riti di passaggio e prime fasi del ciclo di vita in una prospettiva di genere*, in F. Giacalone (a cura di), *Il tempo e la complessità. Teorie e metodi dell'antropologia culturale*, Milano, Franco Angeli, pp. 201-231.
- Lang R. 1978, *Riprendiamoci il parto! Esperienze alternative di parto: resoconti, testimonianze, immagini*, Roma, Savelli.
- Lupo A. 2014, *Antropologia medica e umanizzazione delle cure*, in «AM. Rivista della Società Italiana di Antropologia Medica», n. 37, pp. 105-126.
- Murphy-Lawless J. 1998, *Reading Birth and Death, a History of Obstetric Thinking*, Cork, Cork University Press.
- Regalia A. 1991, *Umanizzazione degli interventi e situazioni di salute. La nascita*, in E. Ranci Ortigosa (a cura di), *L'umanizzazione dell'intervento sanitario*, Milano, Franco Angeli, pp. 87-94.
- Remotti F. 2000, *Prima lezione di antropologia*, Bari, Laterza.
- Van Gennep A. 1981, *I riti di passaggio*, Torino, Boringhieri.
- Volpi R. 2007, *La fine della famiglia, la rivoluzione di cui non ci siamo accorti*, Milano, Mondadori.

Oltre i luoghi comuni. Partorire e nascere a domicilio e in casa maternità

Una ricerca antropologica

Le donne incinte e partorienti sono Forze elementari, nello stesso modo come la gravità, le tempeste tuonanti, terremoti e i tornados sono Forze elementari. Per poter comprendere le leggi del loro flusso energetico, devi amarle rispettarle per la loro magnificenza e allo stesso momento studiarle con l'accuratezza di un vero scienziato
(Ina May Gaskin)

*Se tutte le donne partorissero come ha partorito la Chiara, tu la dovevi vedere!
Sembra di entrare in un'estasi, la vedi che è...
Tutto il travaglio lei ha detto: «Io non ce la faccio, non ce la farò mai.
Lo volete capire che io non ce la faccio!»
Proprio svalutazione di sé, che poi, ognuno arriva dalla sua storia.
È stato un continuo dire: «Ce la fai, non ti preoccupare. Sei bravissima.
Tu non ci credi, tu ce la fai, tu ce la fai!»
Poi, c'è stato anche un momento per cui questa donna era proprio andata:
«Io non ce la farò mai!». Ce l'ha fatta. È successo un atto magico.
Lei adesso me l'ha anche detto: «Guarda, non lo dirò mai più! Dopo che ho fatto questa cosa, che ho visto che ce la faccio...». Vale mille punti capito?
Perché è molto di più di una prova della vita, che devi trovare lavoro, passare un esame.
È una cosa talmente grossa, che provi in maniera così viscerale,
che non ce la fai, che poi ce la fai, che vedi 'sta bambina bellissima, che sta bene, che l'hai fatta tu,
che si attacca al seno, che l'alimenti tu!
Questa donna è rinata. Ha avuto una possibilità per aumentare le sue capacità.
Da oggi in poi lei sa che ce la fa. Non è poco. Capito?»
(Elisa, ostetrica libera professionista, Bologna 2011)*

Dedico questo libro a tutte le donne come Chiara

Introduzione

In normal birth there should be a valid reason to interfere with the natural process.

(World Health Organization, 1996: 8)

Dal Messico all'Europa. Ancora una volta il parto

Questo volume presenta i risultati di una ricerca antropologica sul parto non ospedaliero che ho svolto in Italia tra il 2010 il 2015. Con l'espressione "parto non ospedaliero" mi riferisco a due tipologie di parto: il parto che avviene al domicilio della donna e il parto in una casa maternità. È soprattutto la "casa maternità" a necessitare di una definizione precisa nel nostro Paese. Come vedremo meglio in seguito, si tratta di una struttura di tipo non sanitario, gestita da ostetriche e in cui è possibile partorire in modo non medicalizzato. A volte, anche i centri nascita intraospedalieri vengono denominati case maternità. Tali centri risultano essere spazi adibiti al parto fisiologico, situati però all'interno di un presidio o un complesso ospedaliero, seppure in aree o edifici separati dai reparti di ginecologia e ostetricia. Questi – per lo meno nella prospettiva assunta in questo lavoro – non costituiscono delle case maternità in senso proprio, poiché queste ultime sono, per definizione, strutture separate da ospedali e centri di cura, in cui la gestione è prettamente ostetrica (Schmidt, 2010)¹.

In Italia, il parto non ospedaliero è una possibilità presente in tutto il territorio nazionale, seppur con modalità differenti nelle singole regioni. Partorire in casa è possibile ovunque, qualora ci si rivolga a un'ostetrica libera professionista. In questo caso, in alcune regioni, è previsto un rimborso parziale dei costi sostenuti per l'assistenza privata. È presente anche l'erogazione pubblica del servizio, ma solo in poche città: a Torino, per esempio, e in alcune città dell'Emilia Romagna. In questi casi, il servizio di parto a domi-

cilio è totalmente gratuito, in quanto erogato direttamente dal Servizio sanitario nazionale (SNN) o in convenzione con quest'ultimo. Partorire in casa maternità è possibile, invece, soltanto in Lombardia, in Emilia Romagna e in Friuli Venezia Giulia, dove sono situate le cinque strutture esistenti nel nostro territorio (tre nella prima regione), tutte private.

Il parto non ospedaliero costituisce, nel nostro Paese, un servizio che interessa una minima parte delle donne (meno dell'1%). Ciò nonostante, la modalità assistenziale e la visione del processo che tale modalità presuppone riguarda di gran lunga un numero più ampio di persone (donne e uomini), di professionisti della salute e di decisori politici. Il riconoscimento sociale, politico, economico, culturale e medico del parto non ospedaliero è un terreno di battaglia più o meno esplicito – secondo i casi e gli interlocutori – in cui si contendono poteri, saperi, ruoli e gerarchie che non riguardano solo l'atto riproduttivo in senso stretto, ma aspetti ben più ampi del nostro vivere in società. In questo lavoro tratterò di questi aspetti. Al di là di pratiche e di saperi specifici, ciò che intendo analizzare sono soprattutto i modelli interpretativi che adottiamo socialmente sul parto e la nascita, i quali, tradotti in pratica, divengono anche modelli assistenziali. Tali modelli costituiscono, a mio avviso, un corpus altamente informativo del nostro modo di costruirci quali individui e collettività.

L'analisi dell'esperienza italiana che presento in questo volume è parte di uno studio più ampio intitolato *Un Codice interculturale ed etico sul parto. Dialogo tra direttive istituzionali ed esigenze delle donne*, condotto anche in Spagna e nei Paesi Bassi². Sebbene nelle pagine che seguono non mi occuperò nello specifico di tali Paesi – se non in alcune riflessioni finali – è importante sottolineare come l'analisi della situazione italiana non possa prescindere dalla comparazione con le politiche e le pratiche adottate in altri luoghi del nostro continente e, in alcuni casi, nel resto del mondo. Allo stesso modo, la comprensione del pensare e del fare italiano non può darsi al di là dell'analisi delle direttive internazionali – in particolare quelle del-

l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) – che da molti anni orientano (e disorientano!) i decisori politici su questa materia.

La ricostruzione del contesto europeo (in particolare in merito a dove, con chi e, soprattutto, a come si partorisce) permette una prima constatazione importante, che costituisce lo sfondo su cui si innesta il mio percorso di ricerca. Si tratta dello iato esistente tra il cosiddetto “discorso ufficiale” (evidenze scientifiche, direttive dell'OMS e politiche nazionali) e le pratiche effettivamente messe in campo nella routine assistenziale, nelle singole strutture sanitarie che si occupano di assistenza al parto. Come vedremo, la libertà di scelta in merito al luogo e alle modalità del parto da parte della donna, il suo coinvolgimento nei processi decisionali e assistenziali, l'autonomia dell'ostetrica nella gestione delle gravidanze fisiologiche e l'approccio non interventista e personalizzato sono tutti elementi presenti da decenni nelle direttive sovranazionali e, in molti casi, anche nelle politiche nazionali. Ciò nonostante, tali elementi non trovano generalmente riscontro nell'organizzazione e nella gestione quotidiana dei servizi ospedalieri. Non solo in Italia, ma nella maggioranza dei Paesi europei, non sono, cioè, generalmente traslati nella pratica.

Nel nostro Paese, la crescente medicalizzazione del percorso nascita, che le direttive internazionali da tempo cercano di contenere, è evidente. La media nazionale del 37,5% di parti cesarei (con punte che superano il 60% in alcune regioni meridionali)³ posiziona l'Italia al primo posto in Europa (insieme a Cipro) per questo tipo di pratica. Ciò si accompagna a un interventismo generale durante la gravidanza e il parto (accelerare, indurre, provocare, ecc.) che le stesse istituzioni governative italiane considerano non appropriato (Grandolfo, Donati, Giusti, 2002; Ministero della Salute, Istituto Superiore di Sanità, 2010a; Lauria, Lamberti, Buoncristiano *et al.*, 2012). Tali elementi rimandano non solo ad una concezione sempre più patologica di un evento che nella maggior parte dei casi si situa e si risolve nella fisiologia; ma anche nella messa in atto di una pratica assistenziale che – delegando al medico ginecologo il controllo dell'evento potenzialmente sempre “a ri-

schio” – espropria in maniera crescente la donna di un ruolo attivo nella gestione del suo corpo e della sua gravidanza: un processo complesso, in cui biomedicina, questioni di genere e dinamiche di potere si intrecciano fortemente.

Prima di addentrarmi nello specifico di queste considerazioni e della ricerca condotta in Italia, è mia intenzione delineare brevemente gli antecedenti relativi allo studio. Ritengo questi, infatti, fondamentali per rendere conto di quale sia il motore del mio interesse nei confronti di tali processi e, di conseguenza, di quale sia lo sguardo attraverso il quale cerco di comprenderli.

Il progetto di ricerca *CODEONBIRTH* ha permesso il mio reinserimento professionale in Italia, dopo alcuni anni di lavoro come ricercatrice e docente presso l'Università Autonoma dello Yucatan, in Messico. L'esperienza messicana – che ha caratterizzato la mia vita professionale e personale nello scorso decennio – si configura come un importante antefatto nell'ideazione del percorso di ricerca sul parto non ospedaliero in Europa, sia per quanto riguarda i luoghi in cui ho deciso di svolgere le mie indagini, sia per le tematiche affrontate.

Il lavoro svolto con le levatrici e le donne maya yucateche e, ancor prima, con le levatrici lenca in Honduras⁴ mi ha permesso di comprendere i rapporti non facili che intercorrono tra biomedicina e terapeutica locale e di addentrarmi nelle esperienze di donne che – nonostante la crescente ospedalizzazione del parto – continuano a voler far nascere a casa i loro bambini. Attraverso il rapporto con la propria levatrice e la preservazione di pratiche e saperi “tradizionali” – come il massaggio pre e postnatale detto *sobada* sul quale per molti anni mi sono concentrata⁵ – tali donne difendono un'idea di parto come evento “normale”. Rifiutano pertanto un modello medico riduzionista che, interpretando il parto come un evento potenzialmente sempre a rischio, non corrisponde alle loro esigenze ed aspettative. Naturalmente vi sono, anche in quel contesto, donne indigene che optano per un parto ospedaliero (in alcune aree più urbanizzate quest'ultime sono ormai la maggioranza). Anche in questi casi però, la critica nei confronti di

un atteggiamento eccessivamente medicalizzato nei confronti della partoriente, che spoglia le donne di quegli elementi di socialità e di quotidianità legati alla nascita a cui da sempre sono abituate, è fortemente presente. L'interventismo di routine (per esempio un'altissima percentuale di episiotomie e di cesarei), la mancanza di supporto familiare durante il travaglio e il parto (marito, madre o levatrice esclusi dagli ambienti ospedalieri e dalla sala parto), le pratiche non corrispondenti alle esigenze delle donne (posizione litotomica durante il parto, separazione mamma-bambino, taglio immediato del cordone ombelicale, ecc.), gli ambienti considerati inadatti (mancanza di privacy e di familiarità), l'atteggiamento poco rispettoso da parte dei medici verso le abitudini e le credenze locali in merito alla venuta al mondo di un bambino, le difficoltà di comunicazione (linguistica e culturale)⁶ sono solo alcune delle problematiche emerse durante il mio lavoro⁷.

Ciò nonostante, le donne maya riescono ancora, seppur con difficoltà, a difendere la propria visione delle cose e a rendere operative le indicazioni dell'OMS per cui: «A woman should give birth in a place she feels is safe, and at the most peripheral level at which appropriate care is feasible and safe. For a low-risk pregnant woman this can be at home, at a small maternity clinic or birth centre in town or perhaps at the maternity unit of a larger hospital. However, it must be a place where all the attention and care are focused on her needs and safety, as close to home and her own culture as possible» (WHO, 1996: 16). In Messico, le donne indigene dopo aver percorso binari di assistenza paralleli durante la gravidanza (controlli al centro di salute del villaggio e visite alla levatrice), in prossimità del parto hanno a disposizione più di una possibilità rispetto al luogo e alle modalità di nascita del proprio bambino: affidarsi al medico e all'ospedale o rimanere a casa con la levatrice sono due opzioni accessibili a tutte.

Ad una prima comparazione, in Europa la possibilità di scelta mi è apparsa meno praticabile. Del parto non ospedaliero si dibatte poco e si conosce quasi nulla. Nella maggioranza dei casi è un "affare di nicchia", come mi è stato più volte detto dai miei inter-

locutori. La domanda che mi sono posta è: Perché in Paesi in cui la qualità dell'assistenza è elevata, l'accesso alla salute è generalizzato, la cittadinanza è generalmente consapevole dei propri diritti, le donne sembrano avere meno possibilità di scegliere in merito alle "circostanze del proprio parto"?⁸

La conoscenza del contesto messicano e le riflessioni che ne sono susseguite sono state il motore per immaginare un percorso di ricerca che rispondesse a tale quesito. Si è trattato di delineare le modalità di parto offerte alle donne europee e di indagare se (e come) queste ultime potessero accedere a percorsi plurimi in materia di luoghi e tipologie di assistenza, come auspicato già nel 1985 dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (WHO, 1985b).

Per comprendere tali processi, ho dovuto ascoltare le esperienze di quelle donne (matri) e di quelle professioniste (ostetriche) che compiono una scelta di vita e di lavoro differente rispetto alla maggioranza delle persone: partorire e assistere al parto in luoghi *altri* rispetto a quelli consuetudinari. Nel mio percorso, ho incontrato donne capaci di guardare oltre gli stereotipi e i luoghi comuni, di scegliere consapevolmente (e non di subire) quelle che ritengono le migliori opzioni per se stesse, il proprio bambino e i propri cari⁹; donne pronte ad assumersi la responsabilità di una opzione percepita socialmente quanto meno come controcorrente. Si tratta, infatti, di traiettorie non sempre facili, che spesso conferiscono a queste donne un alone di marginalità sociale, quali devianti rispetto a un modello costituito. Si situano al margine anche le ostetriche libere professioniste, o, per usare l'espressione di Marta Campiotti, «le professioniste libere»¹⁰, che rivendicano e difendono una visione del parto e della nascita che non potrebbe trovare espressione in una struttura ospedaliera. Si tratta di una visione totalmente fisiologica di tale processo, che si traduce in una pratica non interventista, nella quale molti degli assunti preponderanti nell'approccio biomedico (partoriente = paziente; corpo = macchina; parto = malattia; ipertecnologia = sicurezza) non trovano giustificazione alcuna, né di tipo intellettuale né di tipo clinico. Anzi, come vedremo in seguito, perdono del tutto il loro significato.

Attorno a queste madri e professioniste, vi sono poi mariti, compagni, medici, operatori sanitari, funzionari, politici ed esperti che, con i loro discorsi privati ed ufficiali, mi hanno permesso di ricostruire la trama complessa di significati che ruotano attorno al parto non ospedaliero nel nostro Paese.

La riflessione generale che emerge solleva interrogativi, più che offrire risposte: il nostro modello di assistenza al parto e alla nascita è davvero il più consono alle esigenze e alle necessità delle mamme e dei bambini? Serve davvero (a chi?) tanto interventismo durante l'assistenza al parto e alla nascita? Si può in qualche modo contenere l'eccesso di medicalizzazione a cui siamo giunti negli ultimi decenni?

Emblematico di tale eccesso nel nostro Paese è il crescente numero di parti cesarei, con percentuali sicuramente non giustificabili dal punto di vista clinico; ma anche, come vedremo, l'impiego smodato di farmaci (dagli ossitocici agli analgesici) o il numero di ecografie effettuate in gravidanza, che oltrepassa di gran lunga le due o tre raccomandate dai sistemi sanitari di molti Paesi (Italia compresa) e dalla stessa OMS. Tali dati allarmanti – come vengono definiti nelle recenti linee guida sulla gravidanza fisiologica emanate dal Ministero della Salute (Ministero della Salute-Istituto Superiore di Sanità, 2010: 1) – costituiscono il presupposto delle mie indagini: un punto di partenza che permette la focalizzazione di alcune questioni-chiave. Innanzitutto, vorrei far riflettere sul perché siano tuttora vigenti protocolli che prevedono pratiche standardizzate delle quali, da tempo, la ricerca scientifica e la medicina basata sull'evidenza (*EBM Evidence Based Medicine*) riconoscono l'inefficacia o la pericolosità; dall'altra, cercherò di evidenziare come le esigenze e le aspettative delle donne siano relegate a un ordine secondario, rispetto ai numerosi interessi professionali e politico-finanziari che incidono fortemente sull'implementazione dei nostri modelli sanitari.

L'esclusione ancora troppo presente delle donne dai processi decisionali che riguardano il loro corpo e la loro salute è un aspetto fondamentale del mio percorso di ricerca. Ciò si traduce nel tentativo di analizzare pratiche e comportamenti quotidiani alla luce

di diritti esercitati e di diritti negati: i diritti sessuali e riproduttivi, i diritti alla salute e alla non discriminazione, i diritti umani. In questo percorso conoscitivo e interpretativo allo stesso tempo, mi sono imbattuta, quasi in chiusura del mio lavoro sul campo, nel complesso e innovativo concetto politico-legale di “violenza ostetrica”, che si è già imposto in diversi Paesi latinoamericani. La “violenza ostetrica” è stata definita legalmente in Venezuela nel 2007, in Argentina nel 2009, in vari stati del Messico (2007-2015) e nello stato di Santa Caterina in Brasile (2017). Per violenza ostetrica si intende «l'appropriazione del corpo e dei processi riproduttivi della donna da parte del personale sanitario, che si esprime in un trattamento disumano, nell'abuso di medicalizzazione e nella patologizzazione dei processi naturali avendo come conseguenza la perdita di autonomia e della capacità di decidere liberamente del proprio corpo e della propria sessualità, impattando negativamente sulla qualità della vita della donna» (*Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia*, art. 15). Si tratta di un concetto che rimanda alla violenza di genere e alla violazione dei diritti umani e sul quale si è aperto di recente un dibattito anche in Italia¹¹. È, a mio avviso, un'idea dirompente (seppur complessa anche solo nella sua definizione), che sto attualmente indagando¹².

Al contempo, sono consapevole che le donne che partoriscono fuori dagli ospedali in Italia sono poche. Anche in questo caso, è interessante però chiedersi il perché: davvero non ritengono il parto domiciliare o in casa maternità adatto alle loro esigenze e aspettative? Oppure non conoscono affatto tale opportunità, né nei suoi aspetti burocratico-operativi (praticabilità e accessibilità) né sul versante ostetrico-assistenziale (modalità e sicurezza)? Per rispondere a queste domande partirò da un'ulteriore constatazione: molte delle preoccupazioni di cui le donne che scelgono un parto non ospedaliero sono portatrici (l'eccesso di interventismo in ospedale, il trattamento depersonalizzato della madre e del bambino, la scarsa attenzione alle necessità specifiche, la standardizzazione delle pratiche, ecc.) sono condivise dalla maggioranza delle donne che partoriscono, anche da quelle che mai incrocerebbero sul loro cam-

mino un'ostetrica domiciliare. Questo volume si occupa anche di costoro e cerca di comprendere il perché della loro scelta (spesso non scelta) di partorire in ospedale: lo desiderano veramente? O lo ritengono semplicemente un comportamento "normale"? Lo ritengono "più sicuro"? Sulla base di quali criteri si costruisce il loro concetto di sicurezza? Sono donne che conoscono l'esistenza di alternative o il modello ospedaliero è la loro unica referenza?

Non si tratta, da parte mia, di difendere o legittimare le posizioni delle une o delle altre. Se di scelta libera e consapevole si tratta (ed è ciò che auspico), ciò vale per ogni luogo e ogni situazione. Da antropologa, sono interessata però a comprendere il significato delle diverse visioni ed esperienze, all'interno del contesto socioculturale in cui si danno. Ciò permette di esercitare uno sguardo critico, in particolare verso quei processi di medicalizzazione intrinsecamente autorevoli che spesso introiettiamo come se fossero naturalmente portatori di verità assolute; dimenticandoci di quanto, invece, siano prodotti storici di biopolitiche ben definite (Foucault, 1969-1976; Bourdieu, 2003).

In questo contesto, il mio obiettivo è quello di comprendere se il parto non ospedaliero possa essere una opzione percorribile per l'implementazione di un modello di parto centrato sui bisogni delle mamme e dei bambini, senza rinunciare ai benefici offerti dalla biomedicina, quando davvero necessari. Quando vi sono dei rischi per la salute della mamma e del bambino o vi è una patologia in corso, l'intervento medico è non solo auspicabile, ma dovuto. Perché però trattare come delle pazienti (e dunque delle ammalate) anche le donne in salute che presentano una gravidanza fisiologica? Perché dobbiamo pensare che il luogo appropriato e sicuro per assistere al parto donne non inferme e far nascere bambini sani sia – paradossalmente – un luogo di cura, come un ospedale? E soprattutto, perché convincerci che questo sia l'unico (e il migliore) dei modi possibili per partorire?

La questione di fondo che intendo portare all'attenzione con questo lavoro è: potrebbe essere il parto non ospedaliero – in crescita in diversi Paesi, tra cui l'Italia – una modalità percorribile e soste-

nibile (socialmente, culturalmente, politicamente ed economicamente) per pensare a un modello di assistenza alla nascita che ci liberi non dalla medicina necessaria, ma dalla medicalizzazione eccessiva e che permetta alle donne di scegliere in maniera autonoma il tipo di assistenza più consona alle proprie esigenze e aspettative, tra i diversi percorsi possibili, ospedalieri e non ospedalieri?

Al di là delle risposte a questa domanda e dell'interesse specifico verso luoghi *altri* in cui partorire e nascere, ritengo che una riflessione collettiva su queste tematiche possa apportare benefici all'intero nostro sistema assistenziale, in particolare dove sono presenti delle innegabili criticità. Se è proprio l'assistenza ospedaliera ad avere, in questo momento storico, più necessità di una revisione critica dei propri assunti – come direttive internazionali e linee guida nazionali continuano a sottolineare – forse il dialogo costruttivo con modelli assistenziali differenti può apportare elementi inediti al dibattito relativo a come rendere i nostri servizi ospedalieri maggiormente rivolti alla fisiologia e ai bisogni reali di mamma e bambino. I casi riportati nel volume riguardano i concetti di rischio e sicurezza dal punto di vista biomedico e dal punto di vista delle donne che hanno partorito in casa; l'esperienza del gruppo di ostetriche ospedaliere dell'Arcispedale Santa Maria Nuova di Reggio Emilia (che assistono anche a domicilio), invece, rimanda al dialogo tra visioni e pratiche differenti e al valore aggiunto di un modello “marginale” che – proprio per la sua diversità – può contribuire alla riflessione critica di paradigmi assodati.

In altre parole, il parto in casa, così soddisfacente da essere definito “un'estasi” da parte della maggioranza delle donne che ho intervistato, può essere un terreno di confronto per ripensare anche la qualità dell'assistenza al parto e alla nascita in ospedale? Le donne che optano per un parto in casa sono tutte “delle pazze”, come in alcuni casi vengono definite o la loro scelta si fonda su presupposti (conoscitivi, sensoriali, esperienziali) che, qualora conosciuti, compresi e accolti, potrebbero contribuire a migliorare anche la prassi ospedaliera? E ancora: le evidenze scientifiche sulla sicurezza del parto domiciliare (tema spesso cavalcato dalla bio-

medicina più ortodossa per delegittimare il parto non ospedaliero) sono davvero note alla classe medica (e politica) o vi è, a volte, un atteggiamento di chiusura a priori che non permette un confronto orizzontale con una letteratura sempre più abbondante?

In ultima istanza, il fine del mio lavoro non è indicare il modello migliore. Tanto meno sostenere che tutte le donne debbano partorire in un luogo diverso dagli ospedali. Nell'ottica plurivocale e postmoderna che caratterizza la mia formazione non ritengo, del resto, che vi sia un unico modo di fare e pensare le cose. È importante però decidere da quale prospettiva si desidera guardare al fenomeno: dal punto di vista del benessere della mamma e del bambino o secondo necessità che rimandano, invece, a questioni di altro ordine? Nel confronto aperto e non pregiudiziale con differenti modi di, credo si possa trovare la chiave per comprendere quali siano le migliori opzioni da adottare nei singoli casi e quale debba essere, al contempo, la direzione da prendere a livello collettivo.

Contenuti del volume

Nel *primo capitolo* ricostruisco il percorso teorico e metodologico della ricerca. In particolare, mi soffermo sulla specificità della visione antropologica sul parto e sulla nascita e su come si è svolto il lavoro sul campo. Nel *secondo capitolo* presento il contesto socio-demografico ed assistenziale europeo in merito al partorire e al nascere, sia per quanto riguarda il parto non ospedaliero, che per quello ospedaliero. I dati forniscono la cornice dentro cui vengono analizzati saperi, pratiche e consuetudini che contribuiscono a costruire il nostro modello di parto: un modello sempre più medicalizzato e “tecnocratico”, che mostra uno iato profondo tra direttive internazionali (OMS) e nazionali da una parte, e pratiche e protocolli locali (ospedalieri), dall'altra. Il *terzo capitolo* informa della situazione socio-demografica e assistenziale italiana, soffermandosi anche su alcune considerazioni in merito all'elevato tasso di taglio cesareo. Il *quarto capitolo* affronta il tema del parto non ospe-

daliero in Europa, partendo dalla presentazione dei principali dati al riguardo, fino all'analisi della letteratura disponibile in merito alla sua sicurezza, anche in comparazione con il parto ospedaliero. Nel *quinto capitolo* entro nel merito della ricerca svolta in Italia, presentando i principali dati sul parto domiciliare e in casa maternità, il contesto legislativo nazionale e regionale, i principali attori e le linee guida a disposizione in alcune regioni che hanno legiferato in materia. Nei capitoli seguenti (*sei, sette, otto e nove*), presento i “casi-studio” e le esperienze analizzate, che risultano emblematiche delle diverse possibilità offerte alle donne italiane di partorire in un luogo diverso dall'ospedale:

- *l'assistenza domiciliare al parto in regime privato*. L'esperienza delle donne che hanno partorito in casa e delle ostetriche che le hanno assistite permette di far luce sulle motivazioni, sui percorsi e sulle dinamiche assistenziali, professionali, familiari e sociali insite in questa scelta;
- *l'esperienza di due case maternità*. Si tratta della Casa Maternità «Montallegro» di Induno Olona (Varese) e della Casa Maternità Il Nido di Bologna;
- *l'assistenza domiciliare pubblica*. Si presenta il caso delle città di Parma (Consultorio) e di Reggio Emilia (Arcispedale Santa Maria Nuova), dove il servizio di parto domiciliare è erogato direttamente dal SSN.

Nel *capitolo dieci* ricostruisco brevemente la situazione presente in Spagna e nei Paesi Bassi. Questi ultimi, in cui la percentuale di parti a domicilio e in casa maternità interessa quasi una donna su tre offre l'occasione per analizzare sinteticamente un modello di ostetricia (*midwifery*) completamente diverso dal nostro. Nell'*ultimo capitolo* si identificano possibili scenari di dialogo tra visioni e modelli assistenziali differenti (parto medicalizzato e parto non medicalizzato) e si discute il valore aggiunto di approccio fisiologico al parto e alla nascita.

Vorrei concludere questa introduzione con una riflessione sull'utilizzo dei termini “extraospedaliero” o “non ospedaliero”, che

compaiono in vari momenti del volume. In particolare il primo termine è presente nella letteratura in lingua italiana e internazionale (l'inglese *out-of-hospital* o lo spagnolo *extra-hospitalario*, per esempio). In fase di progettazione, queste espressioni sono state per me delle etichette generali nelle quali inserire sia il parto domiciliare che quello in casa maternità. In un primo momento non mi è parso necessario problematizzare il loro utilizzo, come spesso – quale antropologa – sono abituata a fare. A farmi notare la loro “non neutralità” è stata un'ostetrica spagnola che ho contattato in sede di programmazione del mio lavoro sul campo. L'ostetrica, libera professionista che vive e lavora a Siviglia, nel commentare positivamente la sintesi del progetto inviatole via posta elettronica, aveva aggiunto quanto segue:

Me resulta curioso que utilices el termino para parto en casa “extrahospitalario.” ¡Yo a los partos en el hospital los llamo extra-domiciliarios! Si queremos que se normalize, lo mejor es cambiar el punto de mira y llamar parto hospitalario y parto domiciliario, no te parece? (Maite, 11 luglio 2012)¹³

Devo ammettere che leggere quelle parole mi ha provocato un senso di smarrimento. Da antropologa, avrei dovuto ricordare che le parole non sono mai solo parole, ma sono veicolo di idee, di pensieri e di significati. In un primo momento, convenendo con l'ostetrica andalusa, ho pensato di non utilizzare più il termine extraospedaliero e di sostituirlo sempre con i termini specifici di riferimento, ossia “parto domiciliare o in casa” e “parto in casa maternità”. Questo mi avrebbe permesso, in effetti, di non rimandare – almeno sul piano linguistico – a un confronto continuo (e mai orizzontale, questo è il punto!) con il parto ospedaliero.

In seguito a ulteriori riflessioni, ho deciso di continuare ad utilizzare un'etichetta più generale e onnicomprensiva, preferendo però l'espressione “non ospedaliero” a quella di “extraospedaliero”. Ritengo emerga ancor di più, in questo modo, l'egemonia del discorso biomedico che connota, per l'appunto, i nostri percorsi simbolici e pratici anche attraverso un certo tipo di linguaggio più o meno

inclusivo o del tutto esclusivo (pensiamo alle medicine “alternative” o al prefisso “extra”). Credo sia proprio nella presa in considerazione dei meccanismi di legittimazione dei rapporti non orizzontali tra biomedicina e altri approcci al corpo, alla salute e alla malattia che si possa innescare un processo di demistificazione “dall’interno” delle categorie, dei concetti e delle pratiche che riguardano il parto e la nascita e, da un punto di vista più teorico, che si possano comprendere quei processi collettivi di incorporazione di modelli egemonici del sapere (come la biomedicina di fatto è) che impregnano così massicciamente le nostre vite da farci dimenticare che vi sono anche altre realtà possibili.

In questo modo, intendo traghettare le esperienze delle donne che hanno scelto un modello di assistenza differente dall’abituale, verso le tante donne che disconoscono questa possibilità o, a priori, non la ritengono adatta alle proprie esigenze. È mio interesse innescare un dibattito pubblico su queste tematiche, a partire dalla messa in discussione di assunti e paradigmi completamente naturalizzati e quasi mai discussi in modo critico. Il mio intento è ovviamente quello di fomentare una riflessione anche in coloro che hanno il compito di progettare, pianificare, dirigere e attuare politiche sanitarie in materia di salute materno-infantile. Solo l’alleanza tra donne, professionisti della salute, decisori politici e società civile può permetterci di cambiare in meglio il modo – a volte davvero violento – in cui veniamo al mondo.

Ringraziamenti

Ringrazio di cuore tutte le persone che hanno risposto al mio invito e che mi hanno raccontato la loro esperienza: donne, ostetriche, mariti e compagni, funzionari, esperti, medici e altri professionisti della salute. Nei tre Paesi coinvolti nello studio (Italia, Spagna e Paesi Bassi) ho trovato grande interesse per il mio lavoro e grande disponibilità a condividere e diffondere i risultati della mia ricerca.

Ringrazio l'Unione Europea che, grazie al Programma *Marie Curie Action*, ha finanziato per quattro anni il mio progetto di reinserimento presso l'ateneo udinese (FP7/2007-2013, *Marie Curie International Reintegration Grant*, contratto n. 256422), permettendo di pregiarmi del prestigioso titolo di *Marie Curie Fellow*. Dal punto di vista accademico, ringrazio il Dipartimento di Scienze Umane dell'Università degli Studi di Udine e l'allora direttore prof. Mauro Pascolini, per aver sostenuto la mia proposta di ricerca. Ringrazio, inoltre, i referenti scientifici del progetto: il prof. Gian Paolo Gri e il prof. Franco Fabbro. Ringrazio altresì la direttrice del neonato Dipartimento di Lingue e Letterature, Comunicazione, Formazione e Società prof.ssa Antonella Riem, presso cui, nel biennio 2016-2018 continuerò le mie ricerche sulla violenza ostetrica, approfondendo alcune delle tematiche discusse in questo libro.

Ringrazio Anna, Luca e Bruno per l'aiuto datomi nella revisione finale del volume, in particolare nella preparazione delle tabelle e nel riordino della bibliografia.

Infine, un ringraziamento particolare alla mia famiglia, agli amici e ai colleghi di ieri e di oggi che, a diverso titolo, mi hanno sostenuto nel percorso non facile di ricercatrice non strutturata, sempre appassionata del proprio lavoro, ma sempre meno in grado di sostenere un precariato senza fine.

Note

¹ Per differenziare le due tipologie di strutture, in alcune normative regionali si utilizzano i termini “case del parto intraospedaliero” e “case del parto extraospedaliero”. Queste ultime corrisponderebbero alle case maternità nell’accezione da me accolta. La prima tipologia preferisco invece chiamarla “centro nascita intraospedaliero”; il termine “casa” non mi sembra appropriato per definire tale struttura, in quanto riferibile, anche simbolicamente, a ben altro ambiente.

² Il titolo originale del progetto è *An Intercultural and Ethical Code on Birth. Dialogue between institutional directives and women needs*. Il suo acronimo è CODEONBIRTH. Il progetto, della durata di 4 anni, è stato finanziato dall’Unione Europea attraverso il programma *People* e l’azione *Marie Curie International Reintegration Grant*, (FP7/2007-2013, contratto n. 256422). Per una sintesi degli obiettivi e dei principali risultati si rimanda al sito http://cordis.europa.eu/result/rcn/177302_en.html.

³ Basili, Cocchi, Di Rosa *et al.*, 2013.

⁴ Per un compendio del lavoro che ho condotto in Messico si veda il volume monografico Quattrocchi, 2011; per il lavoro in Honduras (1998) rimando a Quattrocchi, 2000, 2001 e 2006.

⁵ La *sobada* è un massaggio volto a “riposizionare” mensilmente il bambino nella posizione considerata corretta per il parto che, nel contesto di crescente medicalizzazione, ha assunto inediti significati. Tale massaggio è stato al centro delle mie ricerche di dottorato (Università di Roma La Sapienza, 2005) e del progetto di cooperazione internazionale Italia-Messico *Il Tempo della Sobada. Pratiche e saperi del parto in un villaggio maya dello Yucatan* che dal 2005 al 2008 ho coordinato insieme al collega messicano Miguel Güemez Pinéda. Il progetto, il cui ente capofila è stata l’Associazione di Ricerche Etnoantropologiche e Sociali di Trieste, ha coinvolto 15 partner, di cui 4 messicani e 11 italiani (cfr. www.areasfvg.wix.com/areas).

⁶ Nonostante il bilinguismo diffuso, la lingua nativa rimane quella maya che il personale medico quasi sempre non comprende, né parla.

⁷ Molte di queste istanze sono riportate dalle donne e dalle levatrici maya nel documentario *Sobada. Il dono delle levatrici maya* (Videomante Onlus, 2007). Il video è stato realizzato nel municipio yucateco di Kaua, sede del mio lavoro sul campo, durante il già citato progetto di cooperazione Italia-Messico *Il Tempo della Sobada. Pratiche e saperi del parto in un villaggio maya dello Yucatan*.

⁸ Questa espressione è stata utilizzata dalla Corte Europea dei Diritti Umani di Strasburgo nel 2010 nella causa *Ternowsky vs Ungheria*. La sentenza riconosce alle donne europee tale diritto di scelta.

⁹ Seppure importante, il ruolo del partner nella scelta di un parto non ospedaliero, appare spesso secondario. Nella mia esperienza di ricerca, sono sempre le donne ad avere l’ultima parola e, a volte, a convincere i loro compagni della “bontà” della loro scelta.

¹⁰ Marta Campiotti è ostetrica libera professionista, presidente della Associazione Nazionale Ostetriche a Domicilio e Case Maternità e fondatrice della Casa Maternità Montallegro di Induna Olona, in provincia di Varese. Tale espressione è stata utilizzata durante l’intervista condotta presso la sua abitazione il 26/11/2010.

¹¹ Nel 2016 è nato in Italia l’Osservatorio sulla Violenza Ostetrica (<https://ovitalia.wordpress.com>). Omonimi osservatori esistono in Francia, in Spagna e in alcuni Paesi dell’America Latina (Chile, Argentina, Colombia e Brasile). Altri osservatori sono in costituzione in Grecia e in Uruguay.

¹² Nel 2016 sono risultata vincitrice di un secondo finanziamento europeo *Marie Skłodowska Curie Grant* (Horizon 2020, contratto n. 700945) con il progetto di ricerca biennale: *Obstetric Violence. The new goal for research, policies and human rights on childbirth*. Il progetto prevede un soggiorno sul campo in Argentina per ricostruire il processo politico e sociale che ha portato all’implementazione della legge che contempla la violenza ostetrica e il suo impatto sulla formazione del personale sanitario di nuova generazione. Attualmente sto conducendo le mie ricerche a Buenos Aires, ospite

del *Departamento de Salud Comunitaria* e dell'*Instituto de Salud Colectiva* dell'Universidad Nacional de Lanús. Per approfondire si veda il sito del progetto <https://obstetricviolence-project.com>.

¹³ «È curioso per me che tu utilizzi il termine “extraospedaliero” per indicare il parto in casa. Io, i parti nell’ospedale, li chiamo “extradomiciliari”! Se vogliamo che il tutto rientri nella normalità, il meglio [che possiamo fare] è cambiare il punto di vista e chiamare “parto ospedaliero” e “parto domiciliare”, non ti pare?».

La ricerca. Il percorso teorico e metodologico

L'approccio antropologico al parto e alla nascita: quale visione?

L'approccio antropologico che caratterizza questo lavoro consente di guardare alle politiche e alle pratiche del parto e della nascita con uno sguardo più ampio rispetto alla prospettiva biomedica. La gravidanza, il parto e la nascita sono infatti, per loro natura, dei processi complessi: Brigitte Jordan, antropologa statunitense pioniera degli studi sulla nascita, li definisce al contempo biopsico-culturali e sociali (Jordan, 1993). Si tratta di momenti che comprendono la totalità esistenziale della persona e della sua rete sociale e la cui multidimensionalità difficilmente può essere interpretata in chiave esclusivamente biomedica: come se il parto e la nascita fossero, cioè, esclusivamente “fatti medici”.

La visione collettiva di questi processi è però nella nostra società ben poco antropologica: in tutta Europa, in generale, si assiste ad una medicalizzazione crescente del percorso nascita: gravidanza, parto e puerperio sono considerati momenti sempre più “a rischio”, per cui il controllo o l'intervento medico costante risultano essere fonte di sicurezza, sia per le donne sia per i professionisti.

“Medicalizzare” significa, infatti, ricondurre eventi o processi della vita quotidiana alle categorie interpretative della biomedicina. Ciò avviene a tutti i livelli, sia specialistico che di senso comune. Ovviamente, più il sapere è egemonico (e la biomedicina indubbiamente lo è) più le altre possibilità interpretative vengono delegittimate o ignorate; in altre parole, il modello di riferimento diventa univoco e unidirezionale. Nel nostro caso, come vedremo, ciò è evidenziato dal fatto che per la maggioranza delle donne ita-

liane quando si è incinte è *normale* rivolgersi a un ginecologo (un medico) e partorire in ospedale (un luogo adibito alla cura degli ammalati). I processi del parto e della nascita vengono inseriti naturalmente – in quanto questo è il paradigma dominante nella nostra cultura – in una cornice di senso che rimanda alla visione biomedica, senza neppure prendere in considerazione altre opzioni. Cosa significa esattamente tale visione che noi incorporiamo e adottiamo automaticamente e acriticamente? Tra le innumerevoli caratteristiche e la comprovata non omogeneità¹, l'approccio biomedico si distingue per essere fortemente organicista, riduzionista, positivista ed empirista (Lock, Gordon, 1988; Kleinman, Lock, 1997; Gaines, Davis-Floyd, 2003; Baer, Singer, Susser, 2003; Hahn, Inhorn, 2009; Lock, Nguyen, 2010, Cozzi, 2012).

In merito alla gravidanza, al parto e alla nascita medicalizzare significa ricondurre tali eventi alla dimensione patologica, ossia considerarli e trattarli come se fossero delle malattie. La riduzione di un processo complesso a un'unica dimensione (quella medica) lo spoglia di molte delle sue componenti, rendendolo meno significativo sul piano culturale e sociale ed enfatizzando, al contrario, la componente organica. Per utilizzare delle categorie care alla riflessione antropologica sulla salute e la malattia, se il parto e la nascita vengono interpretati e analizzati esclusivamente attraverso la categoria *disease* (patologia) e le dimensioni *illness* (individuale) e *sickness* (collettiva), cioè rispettivamente l'esperienza della donna e della sua rete sociale e l'interpretazione della nascita quale processo fortemente connotato in tutte le società, vengono quanto meno offuscate, se non del tutto eluse (Young, 1981; Good, 1999; Kleinman, 1995).

Nell'ottica biomedica, le donne incinte divengono dunque tutte potenzialmente a “rischio” di complicanze, a prescindere dal loro reale stato di salute e di quello del loro bambino. In altre parole, la gravidanza diventa un momento liminale in cui si è “naturalmente” esposte al rischio, e in cui ci si deve sottoporre a continui controlli diagnostici per scongiurare qualsiasi esito negativo. Il parto stesso, in questa prospettiva, è concepito come un “evento nor-

male” solo a posteriori: quando cioè, una volta nato il bambino, non si è verificata alcuna complicanza (Pescecco, De Cecco, Pecorari *et al.*, 2015).

Questo approccio eccessivamente centrato sul “rischio” non corrisponde alle evidenze scientifiche, che dimostrano come le gravidanze a rischio o patologiche costituiscano meno del 20% di tutte le gravidanze (WHO, 1996). L’80% di queste sono, invece, del tutto fisiologiche. Il concetto di rischio applicato dalla biomedicina ai processi gravidanza-parto-nascita risulta essere dunque esageratamente impiegato, quando non abusato. Ciò è stato rilevato più volte dall’OMS, che già nel 1996 ha sollecitato una rivisitazione di tale prospettiva (WHO, 1996).

Medicalizzazione non significa solamente proiettare uno sguardo patologico su processi di natura fisiologica (con ciò che questo comporta nella pratica clinica, come vedremo). Significa anche aderire ad una visione settoriale dell’intero processo, il quale perde, in questo modo, la sua dimensione continuativa, per diventare una somma di eventi separabili l’uno dall’altro. Basti pensare a quanti specialisti prendono in carico la madre e il bambino nelle prime ore successive alla nascita (ostetrica, ginecologo, neonatologo, infermiere pediatrico, pediatra, ecc.). La continuità del processo di cura e assistenza è interrotta da diversi elementi, a volte coesistenti. Innanzitutto dalla fisicità dei luoghi (sono ancora troppi gli ospedali italiani che non prevedono il *rooming-in*, cioè il poter tenere il bambino con sé nella propria stanza dopo il parto), o dalle convinzioni dei singoli professionisti (sono, per esempio, troppi i pediatri o le infermiere pediatriche che suggeriscono l’allattamento al seno a orari fissi o che propongono d’ufficio l’integrazione del latte materno con il latte in polvere), infine, da una concezione d’insieme – paradigmatica direi – che nella sua struttura più profonda interpreta e costruisce tali processi secondo una visione iperspecializzata, incapace di gestire il processo nella sua continuità fisiologica. Ancora una volta si tratta di una visione profondamente riduzionista e organicista. La costruzione del corpo come macchina e come oggetto medico, così come l’attenzione a una sin-

gola parte del corpo, piuttosto che alla persona nella sua totalità, sono del resto argomenti ben indagati nella riflessione antropologica (Good, 1999) e assolutamente pertinenti alle tematiche riproduttive (Martin, 1987; Duden, 1994-2006; Lock, Kaufert, 1998; Fausto-Sterling, 2000; Lock, Farquahar, 2007).

Dentro questo quadro interpretativo trovano legittimazione non solo pratiche a volte non necessarie dal punto di vista clinico, ma anche poteri e autorevolezze insite nel discorso biomedico che – nel caso del parto – indirizzano la donna incinta verso percorsi affini a quelli previsti per la patologia anche nel caso di una gravidanza del tutto fisiologica. Non si tratta ovviamente di “cattivi propositi”, da parte della classe medica o del singolo professionista; siamo di fronte, al contrario, a complessi meccanismi sociali di legittimazione e di autolegittimazione della propria pratica e del proprio sapere, che diventano dispositivi egemoni autosufficienti nella loro perpetuazione; e in cui i discorsi “altri” trovano poco spazio di affermazione (Gaines, Davis-Floyd, 2003; Illich, 2005; Fassin, 1996; Seppilli 1996; Jordan, 1997; Freidson, 2000; Menéndez, 2003).

Il parto e la nascita costituiscono sicuramente casi emblematici in questo senso e la letteratura sulla loro trasformazione da fatti sociali e quotidiani a eventi medico-patologici è ormai consistente (Kitzinger, 1978; Pizzini, 1981; Artschwager, 1982; Oakley, 1984; Oakley, 1985; Colombo, Pizzini, Regalia, 1987; Rothman, Katz, 1989; Davis-Floyd, 1992; Rich, 1995; Davis-Floyd, Sargent, 1997; Pizzini, 1990; Ranisio, 2000; Davis-Floyd, Franklin, Lock, 2003; Bestetti, Colombo, Regalia, 2005; Davis-Floyd, Barclay, Daviss *et al.*, 2010; Maffi, 2010; Ranisio, 2012).

Si tratta di riflessioni che entrano nel dibattito antropologico già negli anni Settanta, quando con l'interesse crescente per gli studi di genere si delinea un nuovo campo di ricerca, definito negli Stati Uniti *Anthropology of Birth* (Mac Cormack, 1982; Davis-Floyd, Sargent, 1997). Protagoniste di quegli anni sono diverse antropologhe che spesso condividono una matrice femminista e che evidenziano come il parto e la nascita siano processi indagati quasi sempre in modo marginale nelle etnografie classiche e in modo fun-

zionale all'analisi di altri aspetti del vivere sociale, considerati più significativi. Lo sguardo quasi esclusivamente maschile che connota tali studi diventa un elemento di analisi nella ridefinizione di categorie, concetti, ruoli e statuti promossi dall'antropologia della nascita e, in generale, dai cosiddetti *gender studies* (Mac Cormack, Strathern, 1980).

Il rinnovato interesse per le tematiche legate alla riproduzione, che nella nuova prospettiva divengono centrali, conduce alla produzione di una vasta letteratura. In un primo momento, negli anni Ottanta, si tratta di studi volti soprattutto al confronto tra culture diverse (*cross-cultural studies*). Si evidenzia come partorire e nascere – processi fisiologici e dunque universali – assumano connotazioni particolari nelle diverse società (Lozoff, Jordan, Malone, 1988; Kitzinger, 2000). Il come si partorisce (in merito alle pratiche, alle figure, ai ruoli e ai valori che ruotano attorno alla nascita) sembra essere infatti per niente uguale nelle diverse culture. Al contrario, nel confronto comparativo emergono profonde differenze. Lo studio ormai classico di Brigitte Jordan sul parto e la nascita in quattro culture (statunitense, maya, svedese e norvegese) rientra in questo filone di ricerca. Il concetto di sistema di nascita, definito da Jordan come «l'insieme di pratiche e di convinzioni internamente coerenti e reciprocamente dipendenti parte di un sistema ideologico più ampio» (Jordan, 1993: 7) si afferma quale categoria di analisi feconda per comprendere come la nascita sia organizzata socialmente e interpretata culturalmente nei differenti contesti e come interrogarsi su di essa possa far luce su processi sociali più ampi, quali le relazioni tra uomini e donne, le dinamiche di potere o i rapporti tra saperi egemoni e saperi cosiddetti tradizionali.

Sono proprio le dinamiche di potere, e in particolare quelle che investono le relazioni tra sapere scientifico globale e saperi locali, a destare un interesse crescente da parte degli studiosi negli ultimi decenni. La biomedicina è ormai da tempo analizzata come un sistema culturale e sociale al pari delle medicine *altre* (Kleinman, 1978-1980; Young, 1982; Good, 1999). In questa prospettiva i disposi-

tivi che contribuiscono alla costruzione del discorso biomedico vengono criticamente analizzati e in molti casi demistificati da antropologi e scienziati sociali dando vita a un fervido dibattito tra teorici maggiormente affini a posizioni ermeneutico-interpretative e prospettive più radicali, che rimandano, per esempio, alla teoria critica (Foucault, 1969-1976; Kleinman, Das, Lock, 1997; Good, 1999; Baer, Singer, Susser, 2003; Mattingly, Garro, 2000; Illich, 2005; Tausing, 2006; Hahn, Inhorn, 2009). L'antropologia medica si pone in questi anni come partner dialogico della biomedicina, con l'intento di contribuire alla discussione critica sui limiti del biologismo e del riduzionismo e ricordando la natura sempre sociale (mai "naturale") dei processi salute-malattia-assistenza. La biopolitica – ossia la gestione politica del corpo umano – diventa una chiave interpretativa sempre più interessante per comprendere i processi di medicalizzazione crescente della nostra vita (Foucault, 1969-1976; Nichter, 2008) e terreno di confronto per una nuova generazione di antropologi medici. A partire dagli anni Novanta, l'approccio critico che caratterizza la riflessione teorica più attenta alla dimensione socio-politica nella produzione della salute e della malattia permette di evidenziare al meglio i rapporti di forza che contribuiscono all'elaborazione, perpetuazione e a volte imposizione di un discorso e di una pratica, piuttosto che di altre; in particolare, portando alla luce quei meccanismi di potere legati alla biomedicina, che producono un sapere così autorevole in tema di salute e di malattia da rendere non immaginabili percorsi alternativi (Good, Byron, Fischer, Willen, Del Vecchio, Good, 2010).

Tali argomenti risultano particolarmente fecondi all'avanzare degli studi sul parto e sulla nascita. La medicalizzazione del parto nelle società postmoderne e la pretesa esportabilità di tale approccio anche in contesti molto diversi, diventano temi preponderanti su cui interrogarsi. Ancora una volta, si sottolinea l'importanza della dimensione sociale e culturale di tali processi e i pericoli di un riduzionismo medico, troppo volto all'organicismo e all'interventismo, e poco attento alle esigenze e alle aspettative delle donne e dei loro bambini nelle loro rispettive culture (Sheper

Hughes, Lock, 1987; Lock, Gordon, 1988; Johnson, Sargent, 1990; Menéndez, 1990; Lindebaum, Lock, 1993; Kleinman, 1995; Fassin, 1996; Kleinman, Das, Lock, 1997; Good, 1999; Nichter, Lock, 2002; Farmer, 2003; Good, Fischer, Willen *et al.*, 2010; Browner, Sargent, 2011).

Emergono da questi studi almeno quattro considerazioni, che rappresentano il quadro tematico dentro cui si sviluppa il mio lavoro e che saranno riprese e approfondite nel corso dello studio. La prima, cui ho già accennato, rimanda a un interventismo medico esageratamente praticato e a volte non giustificato dal punto di vista clinico, sia durante la gravidanza che durante il parto. La seconda riguarda le donne incinte, che si ritrovano spesso espropriate di un ruolo attivo nella gestione del proprio corpo e della propria salute e – dentro meccanismi complessi di legittimazione sociale della prassi biomedica – delegano acriticamente e inconsapevolmente alle istituzioni sanitarie aspetti che non necessariamente rimandano alla patologia, né necessitano di uno sguardo clinico. La terza considerazione riguarda i professionisti della salute, *in primis* le ostetriche ospedaliere. Queste si formano e operano all'interno di una cornice medicalizzata che impedisce loro di cogliere e accogliere gli aspetti sociali, culturali, esistenziali dell'esperienza del parto e della nascita, come prevede la loro professione (sanitaria, ma non medica); e tendono a declinare, a volte loro malgrado, la propria funzione al tecnicismo, alla depersonalizzazione e alla burocratizzazione insite nella struttura ospedaliera. Rigidi protocolli che non lasciano margine alle esigenze del singolo e unico caso, controllo e supervisione medica anche quando non necessari, scarsa tutela giuridico-assicurativa in caso di risoluzione di conflitti, ma anche una formazione volta in modo eccessivo agli aspetti patologici del processo riproduttivo rappresentano solo alcuni degli elementi che minano alla base l'autonomia della professione e che emergono in maniera consistente anche nella mia ricerca. Si tratta di tematiche non certo nuove, né in Italia né altrove, che rappresentano gli aspetti più problematici e ancora non risolti dell'assistenza ostetrica istituzionale (Guana, Lucchini, 1996; Da-

vis-Floyd, Jenkins, 2005; Davis-Floyd, Johnson, 2006; Spina, 2009; Cheney, 2010; Davis-Floyd, Barclay, Daviss *et al.*, 2010). La quarta considerazione riguarda la società in generale, e la visione sempre più condivisa del parto e della nascita come eventi standardizzati che richiedono a priori interventi e controlli esterni per potersi svolgere al meglio. Uno sguardo che abbraccia diverse dimensioni, da quella ambientale (l'ospedale come unico luogo legittimo in cui partorire), a quella professionale (il medico-ginecologo come unico punto di riferimento anche in caso di gravidanze non patologiche), a quella corporea (l'epidurale, come panacea per liberarsi da ogni dolore); fino all'idea che persino i tempi e i bisogni del nascituro possano essere in qualche modo controllati e standardizzati (il neonato che dorme tutta la notte e mangia a orari predefiniti). Si tratta di elementi diversi, che rimandano però tutti alla matrice comune che caratterizza il nostro tempo: le donne hanno perso la gestione del processo riproduttivo che per secoli le ha viste protagoniste attive del parto e della nascita. Le conoscenze e i saperi femminili che permettevano tale gestione non costituiscono più un corpus a cui attingere e a cui integrare i saperi scientifici. Ciò conduce, come vedremo, a una perdita di fiducia nelle proprie capacità di dare la vita e di seguirla nel suo sviluppo naturale. Diventa indispensabile l'aiuto esterno, la necessità di rivolgersi ad altri (al professionista) o ad altro (la tecnologia, il ciuccio, il latte artificiale) per ogni minima insicurezza. Come avremo modo di approfondire, lo sguardo antropologico non può non cogliere profonde relazioni e perversi intrecci tra questi modi di divenire donna e madre oggi e gli eccessi della medicalizzazione del parto e della nascita a cui siamo giunti.

In questo senso, le esperienze delle donne che scelgono un parto non medicalizzato dentro un contesto di medicalizzazione imperante rappresentano interessanti esperienze di resistenza, e in questa prospettiva saranno indagate in di questo lavoro. Le stesse professioniste che operano, per certi aspetti, al di fuori della visione medica istituzionale – come le ostetriche che assistono parti a domicilio in libera professione – mostreranno la loro straordinaria re-

silenza. È una chiave di lettura che trovo estremamente efficace per analizzare i rapporti tra i diversi saperi e le diverse pratiche sul parto e la nascita, e per dar voce alle differenti prospettive, anche quelle apparentemente più marginali.

Il metodo di lavoro

La ricerca sul campo e il campo di ricerca

Una ricerca antropologica è, per definizione, una ricerca qualitativa, interessata alla profondità del dato che, in linea con le riflessioni teoriche contemporanee, più che raccolto è prodotto e costruito sul campo (Fabietti, 1999; Pavanello, 2010; Pannacini, 2012). Il fine di un approccio di questo tipo non è quello della semplice descrizione del fenomeno osservato o della sua quantificazione, ma la comprensione – il più possibile emica – dell’esperienza e della prospettiva degli attori sociali coinvolti. Ciò significa lo sforzo di cogliere e comprendere le loro categorie concettuali, le loro interpretazioni della realtà e le motivazioni dei loro comportamenti: in altre parole, i significati espliciti e impliciti delle azioni umane. In questo processo, il ricercatore si situa con la sua soggettività come un attore tra gli altri e come gli altri costruisce, negozia e rielabora identità e strategie operative e comunicative, secondo il contesto e le necessità (Fardon, 1990). Il riconoscimento del ruolo non neutrale di chi conduce la ricerca è un elemento chiave dell’approccio antropologico contemporaneo al lavoro sul campo, che richiede al ricercatore sia di riflettere costantemente sulle implicazioni teoriche, metodologiche e pratiche della sua presenza che di rendere espliciti il proprio posizionamento di interlocutore-attore e i risvolti etici, politici e relazionali del suo ruolo (Scheper-Hughes, 1995; Silverman, 1997; Atkinson, Coffey, Delamont *et al.*, 2003; Hernández-Sampieri, Fernández-Collado, Baptista, 2006).

Nella raccolta/produzione dei dati ho utilizzato tecniche e strumenti propri della ricerca sociale qualitativa in generale (come il

questionario, l'intervista semi-strutturata, il *focus group* e l'osservazione); e tecniche e strumenti propri delle discipline demo-etno-antropologiche – in particolare del metodo etnografico – quali l'intervista etnografica aperta (IEA) e in profondità (IEP), il diario di campo e l'osservazione partecipante. Ai dati raccolti di prima mano, si aggiunge il lavoro di revisione della letteratura nazionale e internazionale sui temi del parto e della nascita, sia di natura antropologica che medico-ostetrica, la raccolta di dati statistici (in particolare sociodemografici e assistenziali) e la revisione delle fonti legislative e delle direttive europee, nazionali e regionali.

Come prevedono la metodologia qualitativa e il metodo etnografico, durante il lavoro sul campo, il dialogo tra riflessione teorica e dati raccolti non si è mai interrotto; anzi, le informazioni di volta in volta prodotte sono risultate utili per delineare meglio alcune ipotesi iniziali, per affinare il campione dei possibili interlocutori da intervistare e per tracciare inediti percorsi interpretativi non prevedibili in fase di progettazione.

Il lavoro che mi accingo a presentare è frutto, dunque, di un lungo e continuo processo di riflessione, rielaborazione e interpretazione dei contenuti emersi durante il lavoro sul terreno. Se – come io credo – una ricerca etnografica è di per sé un “campo aperto”, in cui possiamo individuare dei punti fermi, ma difficilmente possiamo delineare dei risultati definitivi, è vero anche che l'esperienza del ricercatore (la sua *corporeità* come elemento significativo dell'essere sul campo) è fonte primaria di talune di queste continue aperture possibili. Per esempio, la nascita dei miei due bambini durante i cinque anni in cui si è svolto lo studio (il primo nel 2011, in ospedale; il secondo nel 2015 in casa), è stata un'esperienza esistenziale che mi ha permesso di vivere il campo di ricerca assumendo nuove prospettive (di sicuro è stata un'osservazione partecipante), che a loro volta hanno contribuito a “produrre” e connotare il *mio* divenire donna incinta, partoriente, madre e ricercatrice.

La ricerca è iniziata nell'agosto del 2010 e si è conclusa nel mese di settembre 2015. Nei primi mesi di lavoro mi sono occupata di

reperire e visionare la documentazione bibliografica sul parto e la nascita a livello europeo. Ho poi contattato una serie di professionisti e di istituzioni per informare del mio lavoro (attraverso una sintesi del progetto inviata via e-mail), in modo da costruire un primo elenco di possibili interlocutori (*stakeholders-map*) e, infine, ho elaborato i primi questionari e le prime griglie di intervista, ossia degli elenchi di nodi tematici da affrontare durante le interviste aperte o in profondità. Tale lavoro si è affiancato alla ricostruzione del contesto nazionale italiano – sia dal punto di vista assistenziale, sia legislativo – in merito al parto non ospedaliero.

Una prima mappatura delle esperienze esistenti nel nostro Paese mi ha permesso di delineare due regioni particolarmente interessanti a livello nazionale:

- la Lombardia, per la presenza di tre delle quattro case maternità esistenti nel nostro Paese;
- l’Emilia Romagna, unica ad offrire realmente una scelta plurima in merito a dove, come e con chi partorire. Sul suo territorio si trovano, infatti, una casa maternità e diverse ostetriche che lavorano in libera professione. In alcune città, inoltre, il SSN eroga direttamente il servizio di parto domiciliare.

Le mie interlocutrici preferenziali sono state le ostetriche libere professioniste che assistono parti a domicilio o in casa maternità e le donne che hanno partorito in casa. Ho avuto modo di intervistare, inoltre, delle ostetriche ospedaliere, dei medici ginecologi, dei dirigenti sanitari ed alcuni esperti di salute riproduttiva, che mi hanno permesso di comprendere meglio positività e criticità dei nostri servizi di assistenza al parto. In particolare, tra novembre del 2010 e marzo del 2011 ho effettuato le mie prime missioni di ricerca, con il fine di intervistare i cosiddetti *key-persons* o *gate-keepers*: professionisti ed esperti utili a “testare” le ipotesi iniziali, a evidenziare le tematiche più importanti, a tratteggiare possibili percorsi e individuare nuovi interlocutori. In questo percorso, ho incontrato esperti di salute riproduttiva presso l’Istituto Superiore di Sanità, la Presidente della Federazione Nazionale Col-

legio Ostetriche, alcuni Presidenti di Collegi provinciali di Ostetriche, coordinatori e docenti di corsi di laurea in Ostetricia e formatori nel campo della salute e della salute riproduttiva. Ho partecipato inoltre ad alcuni eventi specialistici (convegni, giornate di studio, seminari), in cui ho avuto l'occasione di confrontarmi con professionisti e studiosi sulle tematiche in oggetto. Nell'ottobre del 2010 sono stata invitata, per esempio, a presentare una relazione al convegno *Partorire in Terra Straniera*, che si è tenuto presso l'Ospedale S. Pertini di Roma; è stata l'occasione per accennare al progetto di ricerca appena iniziato e per raccogliere commenti, ma anche imbarazzi e stupori, in merito a un tema così poco dibattuto in contesti tradizionali, quale il parto a domicilio.

Allo stesso modo, molto interessante è stato il confronto con il Collegio di Ostetriche di Varese che nel novembre del 2010 mi ha invitato a condurre un seminario sull'approccio antropologico al parto. In quella occasione ho potuto conoscere alcune professioniste del parto a domicilio della zona e retroalimentare il mio lavoro. Durante la permanenza a Varese, ho avuto anche il piacere di visitare la Casa Maternità Montallegro di Induno Olona e di intervistare la fondatrice, che è anche la Presidente dell'Associazione Nazionale Ostetriche Parto a Domicilio e Casa Maternità.

Tra il mese di marzo e il mese di aprile 2011 ho visitato, invece, la Casa Maternità Il Nido di Bologna, raccogliendo l'esperienza delle quattro ostetriche che vi lavorano. Nel frattempo, ho iniziato a lavorare in Friuli Venezia Giulia, intervistando esperti e ostetriche che assistono parti a domicilio.

In Emilia Romagna ho soggiornato nuovamente nell'ottobre del 2013 per conoscere il servizio di assistenza domiciliare al parto erogato da parte del SSN nelle città di Parma e di Reggio Emilia; ne ho discusso con alcuni dirigenti sanitari responsabili del progetto, con alcune ostetriche che vi partecipano e con alcune donne che hanno usufruito del servizio. Tra il 2013 e i primi mesi del 2014 ho intervistato donne friulane che hanno partorito in casa e ostetriche che assistono a domicilio nella regione. Nel febbraio del 2014 ho condotto l'ultima intervista a un'ostetrica locale attenta al par-

to domiciliare, ma oggi impiegata presso un consultorio regionale, e con la sua testimonianza ho concluso il lavoro sul campo nel nostro Paese.

In Spagna, ho condotto diverse missioni di ricerca, in particolare tra il 2012 e il 2014. Il lavoro sul campo è stato preparato da una ricostruzione del contesto assistenziale e legislativo nazionale e regionale e dalla mappatura delle esperienze presenti, come avvenuto per l'Italia. Il primo contatto con possibili interlocutori (in particolare ostetriche che assistono a domicilio e in casa maternità) è avvenuto via e-mail, inviando una sintesi del progetto e chiedendo disponibilità a partecipare allo studio e a sottoporsi a un'intervista. Interlocutrici preferenziali sono state diverse ostetriche libere professioniste che appartengono all'Asociación Nacer en Casa, ad alcuni gruppi storici che si occupano di parto domiciliare, come la Cooperativa Titània Tasco di Barcellona e il gruppo Génesis di Madrid. Ho potuto intervistare anche alcune ostetriche ospedaliere, esperti e donne che hanno partorito in casa. Nel luglio del 2012 mi sono recata a Sant Vicenç de Castellet, in Catalogna per visitare la casa maternità Casa de Naixements Migjorn e intervistare la ginecologa coordinatrice della struttura e le ostetriche che vi lavorano. Il secondo giorno di visita abbiamo organizzato un seminario – anche questo annunciato via e-mail a una lista di possibili interlocutori – per presentare il mio lavoro e raccogliere ulteriori informazioni. Erano presenti le professioniste che lavorano nella casa maternità e alcune colleghe che hanno risposto all'invito: in totale otto persone, delle quali una ginecologa, quattro ostetriche, una *doula*², una infermiera e una ricercatrice. L'incontro è durato 4 ore: dapprima ho presentato il mio progetto, a partire dagli antecedenti yucatechi, in seguito ho condotto un *focus group* per raccogliere informazioni ed esperienze. Ho poi chiesto alle presenti di compilare un questionario con domande aperte e chiuse, per raccogliere ulteriori informazioni rispetto alla loro esperienza professionale e suggerimenti in merito a nuovi contatti.

Nel maggio del 2013 nella Casa de Campo di Madrid³, ho potuto assistere ad un evento di due giorni organizzato per festeg-

giare i venticinque anni dell'Asociación Nacer en Casa. Hanno partecipato all'evento ostetriche, ginecologi ed altri professionisti della salute, esperti nazionali e internazionali e numerose donne e famiglie interessate o coinvolte nel tema del parto in casa. Per presentare il mio progetto di ricerca ho preparato un poster, che è stato appeso nel corridoio antistante l'aula magna in cui si tenevano relazioni e conferenze. Il poster contemplava un breve riassunto del progetto e dei suoi obiettivi e un invito a partecipare allo studio. L'evento è stato per me di fondamentale importanza per comprendere la storia dell'Associazione, ma anche dei diversi gruppi professionali e movimenti sociali che rendono oggi la Spagna un terreno di discussione particolarmente fertile su queste tematiche. In questa e in altre occasioni, ho poi raccolto l'esperienza di ostetriche attive in altre regioni, come in Andalusia e nelle isole Baleari e intervistato donne che hanno partorito in casa nell'area di Tarragona e di Madrid.

Nel giugno del 2014 si è data poi un'interessante opportunità di confronto sui risultati preliminari della mia ricerca: il Dipartimento di Antropologia Sociale dell'Universidad Complutense de Madrid mi ha invitato a condurre un seminario sul mio lavoro, dal titolo *Parto 'natural' y parto medicalizado. Diálogo entre las experiencias de las mujeres y de las comadronas italianas, españolas y mayas*. Al seminario hanno partecipato ventidue persone, tra cui ostetriche ospedaliere e libere professioniste, personale sanitario e funzionari del settore salute, studenti e altri professionisti interessati al parto e alla nascita. Ulteriori occasioni di confronto con professionisti ed esperti che hanno contribuito all'evolversi del mio lavoro sul campo si sono date, infine, in alcune occasioni di presentazione dei risultati delle mie ricerche in eventi specialistici tenutisi in Spagna: la *Joint International Conference Encounters and Engagements «Creating new agendas for Medical Anthropology»* organizzato dalla European Association Social Anthropology-Medical Anthropology Network e dalla American Society for Medical Anthropology presso la Universitat Rovira y Virgili di Tarragona nel giugno 2013; il *XV International Association of Women Philosophers (LAPH) Symposium*, or-

ganizzato dall'Universidad de Alcalà nel giugno 2014 e il *XIII Congreso de Antropología de la Federación de Asociaciones de Antropología del Estado Español*, tenutosi sempre a Tarragona nel settembre 2014. Oltre agli eventi europei, un'interessante momento di confronto e di retroalimentazione del mio lavoro mi è stato offerto dall'Università Autonoma dello Yucatan, in Messico, dove nell'ottobre 2012 sono stata invitata a condurre il seminario *Salud intercultural. Aproximación teórica y experiencia de campo en Yucatán*. All'evento, della durata di venti ore, hanno partecipato ventisei ricercatori e funzionari del Ministero della Salute, con i quali ho potuto discutere – in termini comparativi – molti dei nodi teorici e metodologici della mia ricerca. In quell'occasione sono stata anche invitata come commentatrice alla prima nazionale della proiezione del documentario *Freedom for Birth*⁴, un'ulteriore occasione di riflessione e dibattito sulle tematiche di mio interesse non solo con specialisti, ma anche con donne e levatrici locali.

Nell'ottobre 2014 con l'ultima missione di ricerca ad Amsterdam, nei Paesi Bassi, in cui sono andata a visitare il Centro Geboortshuis fondato dalle pioniere del parto in casa Beatrice Smoulders e Mary Eliz Sheridan, ho concluso la raccolta dei dati sul campo.

Il campionamento

Come richiede l'approccio qualitativo e il metodo etnografico, nella fase iniziale della ricerca ho previsto un campione non definitivo, costituito da un totale di settantotto interlocutori/informatori, nei tre Paesi. Ritengo importante sottolineare che, nella metodologia adottata e al contrario di quanto avviene quando si utilizza un approccio quantitativo, l'adeguatezza del campione non è dato dalla sua rappresentatività su larga scala, ma dalla sua densità, cioè dalla corrispondenza tra le caratteristiche possedute dalle persone coinvolte (o dagli eventi osservati) e gli obiettivi della ricerca (Hernández-Sampieri, Fernández-Collado, Baptista, 2006).

Come previsto in fase progettuale, le donne intervistate (spesso anche le ostetriche libere professioniste) sono state individuate se-

condo un campionamento “a valanga”. Ciò significa che le persone individuate inizialmente sono state utilizzate quali informatrici per ulteriori contatti. Per quanto riguarda l’individuazione di esperti e professionisti della salute, il campionamento è avvenuto in base al criterio degli “elementi rappresentativi” per cui, attraverso una ricerca documentaria, contatti precedenti e suggerimenti “a valanga” sono stati individuati degli interlocutori che potessero essere il più possibile significativi in merito alla tematica indagata.

Il campione definitivo è stato di ottantadue persone nei tre Paesi in cui si è svolto lo studio, di cui otto esperti e dirigenti sanitari, trentun ostetriche libere professioniste, nove ostetriche ospedaliere, ginecologi e altro personale sanitario, undici donne che hanno partorito in casa e otto donne incinte. In Italia, nello specifico, sono state intervistate quarantasei persone: sei esperti, ventun ostetriche che assistono parti a domicilio, quattro ostetriche ospedaliere, undici donne che hanno partorito in casa e quattro donne incinte.

Rispetto al progetto iniziale vi sono stati dei cambiamenti sia nel campionamento, sia in altri aspetti del lavoro sul campo. Tali cambiamenti sono stati dovuti, da una parte, al delinarsi di nuove ipotesi non identificate in fase di progettazione; dall’altra, dal fatto che “il campo” è sempre fonte di eventi non prevedibili durante la stesura della ricerca. In fase progettuale avevo, per esempio, previsto un lavoro sul campo di “intensità” simile nei tre Paesi, sia a livello di durata della mia presenza sul terreno che a livello di campione iniziale da intervistare. Durante il primo e il secondo anno di ricerca, mi sono resa conto che il caso italiano e il caso spagnolo (dove il parto non ospedaliero risultava poco indagato dal punto di vista antropologico, ma anche medico-ostetrico) erano talmente interessanti e densi di esperienze (movimenti di donne, gruppi più o meno strutturati di ostetriche, proposte legislative in itinere ecc.) da meritare maggiore attenzione del previsto. Al contempo ho compreso – dallo spoglio della letteratura e dai primi contatti informali con possibili interlocutori – quanto il caso olandese fosse invece stato analizzato e studiato, essendo quel Paese il più rappresentativo tra i Paesi postindustrializzati in merito al

parto non ospedaliero. Ho deciso dunque di concentrarmi maggiormente sull'Italia e sulla Spagna che, come vedremo, presentano molte similitudini, ma anche molte differenze, soprattutto sul piano legislativo. Ho optato, invece, di rimandare ai Paesi Bassi come parametro di confronto politico-assistenziale, a partire dalla vasta letteratura a disposizione e da un breve soggiorno conoscitivo. Il soggiorno ad Amsterdam per visitare una delle case del parto più importanti a livello nazionale si è rivelato utile per discutere con la fondatrice e alcune colleghe non tanto del modello olandese di *midwifery* (su cui vi è ampia letteratura)⁵, quanto della situazione attuale e dei cambiamenti nell'approccio politico-assistenziale che, secondo la loro prospettiva, si profilano all'orizzonte. Un secondo elemento che, in parte, si discosta dal progetto iniziale è l'analisi delle esperienze di donne migranti che hanno partorito in casa, in particolare di donne provenienti da Paesi non europei in cui il parto in casa, a volte, risulta presente o preponderante. Uno degli interrogativi della mia ricerca era appunto se il parto non ospedaliero potesse in qualche modo rappresentare un modello interculturale, adatto alle esigenze e aspettative di quelle donne che provengono da contesti di forte pluralismo medico, ossia dove il modello biomedico di approccio al parto e la conseguente ospedalizzazione della partorientente non è esclusivo (come per esempio accade per le donne maya yucateche). Mi sono resa conto fin dalle prime interviste, però, che sia in Italia sia in Spagna il parto a domicilio e in casa maternità non interessano (ancora?) le donne migranti; per lo meno, quelle provenienti da Paesi latinoamericani, africani, asiatici a cui io avevo pensato⁶.

Anche la mia idea iniziale di intervistare in profondità donne che hanno partorito in un luogo diverso dell'ospedale nell'ultimo semestre (criterio di inclusione del campione) non sempre è stata praticabile. Il numero di donne che effettua un parto a domicilio non è così elevato da poter attingere a un bacino ampio. Inoltre la fase temporale era troppo ristretta e rischiava di escludere molte possibili interlocutrici; così ho intervistato anche donne che avevano partorito in casa da più di sei mesi. Ciò nulla toglie, a mio avviso, all'espe-

rienza narrata anzi, rende conto, in certi casi, dei meccanismi di “cristallizzazione” e “idealizzazione” postuma che eventi a cui siamo profondamente ed emotivamente legati possono innescare. La fase temporale prolungata dal momento del parto al momento dell’intervista – a volte un anno o più anni – mi ha permesso, al tempo stesso, di comprendere come alcune “ferite” (per esempio, dovute a un parto ospedaliero precedente non consono alle proprie aspettative) siano difficilmente sanabili, nonostante il trascorrere del tempo.

Strumenti e tecniche di indagine

Le tecniche di indagine e gli strumenti utilizzati per la raccolta dei dati sono presentati in seguito. Alcuni esempi di questi ultimi sono forniti in appendice.

Questionario strutturato. Si tratta di una scheda sintetica utilizzata esclusivamente per la raccolta di dati sociodemografici relativi alle persone intervistate.

Questionario semi-strutturato. Ho previsto un questionario semi-strutturato (con risposte chiuse e aperte) per le ostetriche emiliane afferenti al SSN che offrono assistenza domiciliare. Un secondo questionario semi-strutturato è stato consegnato alle partecipanti al seminario *focus group* tenutosi presso la Casa de Naiximents Migjorn in Spagna.

L’intervista etnografica. L’intervista etnografica è un’intervista aperta, basata su una lista di tematiche precedentemente predisposta (griglia dell’intervista), da discutere con la persona intervistata anche in modo non cronologico. La griglia è uno strumento flessibile, che può essere ampliato o ridotto durante la conversazione oppure durante sessioni successive; tali sessioni possono essere previste qualora emergano tematiche e riflessioni non prese in considerazione in un primo momento, o qualora si rendano necessari degli approfondimenti. Nel corso del mio lavoro ho elaborato e utilizzato diverse griglie di intervista, secondo l’interlocutore/interlocutrice:

- *griglia di intervista per esperto/a*: intendendo con questo termine una persona che per ruolo, professione o posizione fosse in grado di fornire elementi contestuali e chiarificatori rispetto alle questioni indagate; la griglia è diversificata in parte secondo la tipologia di esperto/a;
- *griglia di intervista per ostetrica*, diversificata in parte per l'ostetrica libera professionista e l'ostetrica ospedaliera;
- *griglia di intervista per donne che hanno partorito in casa*;
- *griglia di intervista per donne incinte*.

Le griglie sono state preparate nelle tre lingue in cui si è svolto lo studio: italiano, spagnolo e inglese. Le interviste in profondità sono state condotte per una durata media di un'ora e mezza. Alcune interviste sono state composte da più sessioni (in questo caso la durata media è stata di 3 ore). Le sessioni successive si sono rese necessarie per approfondire alcune questioni o per terminare l'intervista qualora non fosse stato possibile durante la prima sessione. Dal punto di vista del contenuto, le interviste si sono protratte fino alla cosiddetta "saturazione" del tema trattato (Hernández-Sampieri, Fernández Collado, Baptista, 2006), ovvero quando dal perpetuarsi del colloquio non emergevano più elementi nuovi o non ridondanti.

Le interviste sono state registrate su un registratore portatile digitale. Il file audio è stato importato nel mio computer, schedato e raccolto in un database appositamente creato, in cui ho elaborato anche una scheda informativa della persona intervistata. Le interviste sono state trascritte letteralmente, con un lungo lavoro di sbobinatura e di annotazione di informazioni utili a ricostruire le dinamiche del parlato (pause, intonazioni, sottolineature, ecc.).

L'analisi delle interviste ha previsto diverse fasi: la lettura e riletture del testo trascritto, la codificazione (agli stralci di interviste che affrontano lo stesso tema viene assegnato un codice, cioè una parola chiave: per esempio: "presenza marito", "dolore", "ruolo dell'ostetrica", ecc.), l'accorpamento tra le diverse categorie in macro-categorie, la connessione, comparazione, contrasto tra le macro-ca-

tegorie, la ricerca di relazioni tra categorie e teorie interpretative (*Ibidem*, 2006). La codificazione è avvenuta attraverso il *software* per la ricerca qualitativa Atlas Ti, mentre l'analisi e l'interpretazione dei dati è avvenuta in maniera artigianale (senza cioè l'utilizzo di supporti informatici) in un continuo dialogo tra l'esperienza di campo, la letteratura consultata e la teoria antropologica (Glaser e Strauss, 1967; Maanen, 1988; Bardin, 1991; Guash, 1997).

Obiettivo della fase interpretativa è stato quello di ricostruire il processo collettivo legato alle tematiche indagate (ciò che le persone pensano di certi processi e che esperienza ne hanno), in modo anonimo e generalizzato, per esempio nella forma: «Le donne italiane intervistate ritengono che...». Ciò è avvenuto, però, cercando di rendere conto dell'unicità dell'esperienza del singolo, che rimane il punto di partenza imprescindibile – nell'ottica induttiva che caratterizza il metodo etnografico – per ricercare similitudine e differenze tra i fatti umani. Il delicato gioco di equilibrio tra il dato personale e la ricostruzione di processi sociali complessi è, dal mio punto di vista, il valore aggiunto di una buona etnografia e la sfida ultima di una riflessione antropologica che non confonde la “densità” del dato con inutili e sterili essenzialismi.

Diario di campo. Il diario di campo è uno strumento indispensabile nella ricerca etnografica. Può essere considerato l'anello di congiunzione tra riflessioni teoriche, osservazione e raccolta di dati. Durante le interviste, il diario di campo risulta uno strumento utile in cui appuntare tutto ciò che non è detto espressamente con la parola (la presenza di un'altra persona, i gesti, gli sguardi, ma anche le sensazioni del ricercatore, le sue emozioni, ecc.) e tutto ciò che non è registrabile: per esempio, fatti ai quali assistiamo e che riteniamo significativi. In alcuni casi, nei momenti in cui è necessario annotare in maniera rapida si può trascrivere su un quaderno di campo delle brevi note, da rielaborare in un momento successivo nel diario.

È così che leggendo e rileggendo il diario, sia quale retroalimentazione del lavoro che si prevede ancora di svolgere, che durante le fasi di analisi e interpretazione dei dati raccolti si è in grado di ricostruire l'esperienza stessa della ricerca. Il diario di campo rac-

conta passo dopo passo l'evoluzione della ricerca: qual è stato il percorso conoscitivo, dal punto di vista metodologico (cosa si è fatto e come) e teorico (attraverso quale sguardo si è osservato un fatto, un fenomeno o un processo).

Durante l'intero periodo di ricerca (e ancora oggi che sto scrivendo questo volume) idee, ipotesi, aneddoti, riflessioni, note, informazioni sono state trascritte sul mio diario di campo, in ordine cronologico. In particolare, ho compilato tre diversi diari: uno per l'Italia, uno per la Spagna e uno per i Paesi Bassi, redatti secondo lo svolgersi delle varie missioni.

L'osservazione. L'esercizio dell'osservazione – quale atto conoscitivo e non come puro atto visivo – è fondamentale nella ricerca etnografica. Osservare, infatti, non significa solo guardare ma utilizzare tutti i diversi sensi a nostra disposizione (olfatto, udito, vista, tatto, gusto) per incorporarsi nell'esperienza etnografica, per questo l'etnografo è stato anche definito “apprendista sensoriale” (Gusman, 2012). In alcuni casi l'osservazione può anche farsi partecipante. Durante il mio percorso di ricerca – come ho già accennato – l'essere a mia volta in attesa di un figlio mi ha permesso di comprendere molte dinamiche assistenziali “dal di dentro”. In taluni casi il mio stato di donna incinta (in particolare il mio pancione nella prima gravidanza) mi ha anche permesso di sviluppare una empatia immediata con le donne incinte o le puerpere che intervistavo. Le mie osservazioni sono state sempre annotate sul diario di campo.

Focus-group. La tecnica del *focus group* prevede la riunione di più persone (di solito sono previste 6-8 persone) con interessi ed esperienze in comune. Il gruppo viene invitato a partecipare a una discussione guidata dal ricercatore, a partire da nodi tematici precedentemente selezionati (griglia). Il fine della discussione può essere, secondo i casi, quello di corroborare ipotesi, raccogliere nuovi dati, individuare bisogni o approfondire tematiche. Nel mio percorso ho utilizzato tale tecnica in quattro occasioni: nel già citato seminario effettuato nella Casa de Naiximients Migjorn in Spagna (otto persone); durante l'incontro con il personale ostetrico che si occupa di parto a domicilio presso l'Arcispedale Santa Maria Nuo-

va di Reggio Emilia (quattro ostetriche e un ostetrico); l'incontro con il gruppo di ostetriche che si occupa di parto a domicilio presso il consultorio di Parma (quattro ostetriche); l'incontro con i genitori che hanno usufruito del servizio di parto a domicilio a Parma (tre mamme e un papà).

Le conversazioni svolte durante i *focus group* (della durata di due ore ciascuno) sono state registrate su registratore digitale e trascritte letteralmente, al pari delle interviste individuali.

Interviste telefoniche e via internet. In un caso ho condotto un'intervista telefonica, per raccogliere l'esperienza di un'ostetrica andalusa, che poi ho conosciuto personalmente a Madrid, durante l'evento organizzato per i venticinque anni dell'Asociación Nacer en Casa. L'intervista, basata sulla griglia standard utilizzata per le ostetriche che assistono a casa, è stata registrata e trascritta come per le interviste condotte personalmente. In un secondo caso ho svolto un'intervista via *skype* (video) con una donna di Parma che non sono riuscita ad incontrare durante il mio soggiorno in Emilia Romagna, a causa di un contrattempo. Anche in questo caso l'intervista è stata registrata e trascritta letteralmente. In un terzo caso un'ostetrica spagnola che aveva partecipato al seminario e *focus group* a Sant Vicenç de Castellet ha risposto alle mie domande di approfondimento in forma scritta, via e-mail.

Il trattamento dei dati personali e gli aspetti etici

I partecipanti allo studio sono stati informati precedentemente sugli obiettivi della ricerca, sui temi dell'intervista, sulla partecipazione volontaria attraverso il consenso informato (allegato in appendice). Quando possibile il consenso informato è stato inviato via mail prima dell'intervista. In ogni caso, tutti gli intervistati hanno sottoscritto il documento prima dell'effettuazione dell'intervista o del *focus group*, conservandone una copia. Ogni informazione è stata raccolta e trattata in maniera confidenziale, in modo da garantire ai soggetti partecipanti la tutela del diritto alla privacy, come

previsto dalla legislazione dei singoli Paesi coinvolti e dalle direttive europee⁷. Al tempo stesso, la richiesta di persone che per ruolo/professione/libera decisione hanno optato per essere citate con nome e cognome è stata accolta.

In merito agli aspetti etici e a quelli relativi al trattamento dei dati personali, il progetto ha ricevuto parere positivo da parte del Comitato Etico dell'Azienda Ospedaliera Universitaria S. Maria della Misericordia di Udine.

Note

¹ Pizza sottolinea l'esistenza di un pluralismo biomedico, inteso come «pluralità di diverse forme di vita sociale e culturale della biomedicina stessa» (Pizza, 2006: 134).

² La *doula* è una donna previamente formata che si occupa di sostenere dal punto di vista psico-emotivo la partoriente durante il parto, e talvolta il post-parto. Si tratta di una figura nata negli Stati Uniti che si sta diffondendo sempre più anche in Europa e in Italia.

³ Grande spazio pubblico della città, con area predisposta per convegni e congressi.

⁴ Il documentario racconta la storia dell'ostetrica ungherese Ágnes Géreb, incarcerata per il suo lavoro di assistenza domiciliare. Il caso è stato portato in giudizio da una delle "sue" mamme alla Corte Europea dei Diritti Umani di Strasburgo, che ha decretato il diritto di ogni donna a scegliere «le circostanze del proprio parto» (*Ternowsky versus Hungary*, 2010). Per approfondimenti si consulti il sito www.freedomforbirth.com.

⁵ Si tratta di un modello basato sull'approccio fisiologico al parto e alla nascita, in cui la donna è protagonista insieme all'ostetrica. Il medico ginecologo compare sulla "scena del parto" solo in caso di gravidanza a rischio o di patologia (Goldsmith, 2011).

⁶ Vi sono delle eccezioni, ma riguardano una migrazione che definirei di "eccellenza", come, per esempio, alcune donne straniere che vivono nella base militare americana di Aviano, in Friuli Venezia Giulia.

⁷ In particolare, le direttive europee sul trattamento dei dati personali (95/46/EC), il *Codice sulla Privacy del Garante della Privacy* (Decreto Legislativo n. 196/2003, G.U. n. 174 del 29-7-2003 -Suppl. Ordinario n. 123), il *Codice Deontologico di buona condotta per il trattamento dei dati personali* sottoscritto dalla Conferenza dei Rettori delle Università italiane e parte del Codice sulla Privacy (G.U. n. 190, 14 agosto 2004), l'*Autorizzazione generale del garante al trattamento dei dati relativi allo stato di salute e alla vita sessuale prevista per fini di ricerca scientifica e statistica* (Autorizzazione n. 2/2009, G.U. n. 13, 18 gennaio 2010, suppl. Ord. n. 12), i *Regolamenti interni dell'Università degli Studi di Udine*: in particolare il *Documento Programmatico per la sicurezza dei dati personali* (DL. GS. 196/2006) e il *Regolamento interno sul trattamento dei dati personali* (D.R. n. 1100 28/12/2005). Per quanto riguarda i Paesi Bassi, il documento di riferimento è il *Personal Data Protection Act (Wbp)* (*Bulletin of Acts, Orders and Decrees* 180, 6 December 2001) e il documento *Guidelines for personal Data process*, pubblicato dal Ministero della Giustizia. In Spagna l'autorità competente è la «Agencia Española de Protección de Datos» e la normativa di riferimento è la *Ley Orgánica Protección de Datos de Carácter Personal* (Gazzetta ufficiale spagnola 15/1999) e successive modifiche (Real Decreto 1720/2007).

Partorire e nascere in Europa

Aspetti socio-demografici e assistenziali. L'eccesso di medicalizzazione

In generale, in tutta Europa si assiste a una crescente medicalizzazione del parto e della nascita. Come abbiamo visto, medicalizzare significa ricondurre eventi o processi della vita quotidiana alle categorie interpretative (e di conseguenza alle pratiche) della biomedicina. Nel caso della gravidanza, ciò conduce a trattare la donna e il bambino come se fossero potenzialmente sempre a rischio e, nel momento del parto, ricondurre la donna e il neonato alla categoria di "pazienti". Emblematico di questo atteggiamento è la degenza prolungata della puerpera e del neonato in salute in una struttura adibita alla cura.

Prima di entrare nello specifico degli aspetti che evidenziano questo approccio, ritengo utile presentare alcuni dati relativi alle pratiche assistenziali nei vari Paesi europei, tratti dall'*European Perinatal Health Report* o Rapporto Euro-Peristat del 2010 e accorpate nelle seguenti categorie:

Età. In Europa si diventa madri in età sempre più avanzata. Nel 40% dei Paesi europei almeno il 20% delle gravidanze interessano donne di 35 anni o più. Si tratta di una tendenza in crescita in tutti i Paesi, con l'Italia che detiene il primato (34,7%) e la Romania il tasso minore (10,9%).

Origine etnica. Le donne straniere costituiscono una vasta proporzione delle donne incinte in molti Paesi. La percentuale varia dal 3% nella Repubblica Ceca al 60% in Lussemburgo e nella regione di Bruxelles. Il dato è significativo, in quanto, a volte, la condizione migra-

toria è accompagnata da esiti perinatali differenti tra donne migranti e donne autoctone, con un maggior rischio di esiti negativi o non favorevoli per le donne che provengono da un Paese straniero.

Utilizzo dei servizi. In Europa la gran parte delle donne inizia il percorso di assistenza prenatale durante il primo trimestre di gravidanza, anche se il Rapporto sottolinea a questo proposito l'esistenza di differenze nell'organizzazione dei sistemi sanitari nei vari Paesi, elemento che rende difficile la comparazione dei dati disponibili. La metà dei Paesi europei riporta una percentuale di donne che iniziano un percorso assistenziale dopo il primo trimestre (tra il 4% e il 7%). La percentuale di donne che non usufruisce di alcuna assistenza durante la gravidanza varia, invece, dallo 0% al 2,8%. Anche lo *screening* delle anomalie congenite varia considerevolmente da Paese a Paese. Le tecniche di riproduzione assistita interessano in media il 5-6% delle nascite, di cui dal 2 al 4% sono costituite da fecondazione in vitro.

Luogo del parto. In 14 Paesi europei più di un terzo dei parti avviene in strutture con 3000 nascite all'anno, dunque luoghi medio-grandi. In Danimarca, Svezia e in Inghilterra più di un quarto dei parti avvengono in strutture con più di 5000 nascite all'anno; ancora più in Slovenia, Lettonia, Scozia e Irlanda. Per quanto riguarda le strutture con numero di parti inferiori ai 500 all'anno, il primato spetta a Cipro con il 61,9%; in altri dieci Paesi la percentuale si situa tra il 10 e il 20%. Nella Fiandre, in Vallonia, in Germania e in Svizzera più della metà delle nascite avviene in strutture che assistono dai 500 ai 1500 parti all'anno.

Allattamento. L'allattamento esclusivo al seno dopo il parto presenta percentuali variabili dal 54% al 99%, anche se i dati sono disponibili solo per diciannove Paesi o regioni. I Paesi in cui le donne allattano maggiormente subito dopo il parto sono la Repubblica Ceca (95%), la Lituania, il Portogallo e la Slovenia. I tassi più bassi sono presenti in Irlanda, Scozia, Cipro, Francia e Malta (tra il 54 e il 69%).

Mortalità materno-infantile. La mortalità materna è rara in Europa, anche se – sempre secondo il Rapporto – largamente sottosti-

mata. La media europea varia da meno del 3 per 100.000 individui (in Estonia, Italia, Austria e Polonia) a oltre il 10 per 100.000 individui in Lettonia, Ungheria, Slovenia, Slovacchia e Romania. La “rarietà” rimanda sia al basso livello di fertilità (meno di due figli per donne) che agli elevati livelli di assistenza.

La mortalità fetale varia da meno del 2% per 1000 nati vivi e nati morti in Repubblica Ceca e in Finlandia, a più del 4% in Francia, Lituania, la regione di Bruxelles in Belgio, in Romania e nel Regno Unito. La mortalità neonatale varia dal 1,2% per 1000 nati vivi in Finlandia al 4,5% a Malta e al 5,5% in Romania. La mortalità infantile varia dal 2,3% per 1000 nati vivi in Finlandia al 5,5% a Malta e al 9,8% in Romania¹.

In molti Paesi europei dal 2004 al 2008 (anni in cui si stilano rispettivamente il primo e l'ultimo rapporto disponibili Euro-Peristat, 2008, 2010) la mortalità fetale, neonatale e infantile è scesa in media del 19%. I Paesi in cui si riscontra una decrescita sono l'Italia, la Danimarca e i Paesi Bassi. Anche la mortalità infantile è scesa in media del 24% nei vari Paesi, con una diminuzione maggiore nelle tre Repubbliche baltiche di Estonia, Lettonia e Lituania. Per quanto riguarda le cause della mortalità, i bambini pretermine nati prima delle ventotto settimane di gestazione costituiscono un terzo di tutte le morti, anche se i dati, a causa di sistemi di registrazione diversi o di rilevazioni inesatte, non sono comparabili nei diversi Paesi. Lo svantaggio sociale rimane uno dei maggiori determinanti rispetto a esiti perinatali non favorevoli. Molti indicatori, quali la mortalità materna, la nascita pretermine, le anomalie congenite, la durata dell'allattamento al seno sono associati, per esempio, a un livello di educazione basso e alla condizione occupazionale dei genitori.

Tra gli indicatori di medicalizzazione eccessiva vi sono l'elevata percentuale di tagli cesarei, di parti operativi, di episiotomie, dell'utilizzo di ossitocici e analgesici, dell'impiego di manovre (per esempio, la rottura artificiale delle membrane o la manovra di Kristeller) e, in generale, di interventi medici che non sempre trovano giustificazione dal punto di vista clinico né, come vedremo, legittima-

zione basata sull'evidenza scientifica. Il fatto stesso che le pratiche ostetriche siano così variabili nei diversi Paesi solleva «questions about how scientific evidence is integrated into clinical decisions» (Euro-Peristat, 2010: 18), nonché domande sulla qualità ed efficacia dei diversi modelli sanitari.

Se confrontiamo, anche sommariamente, i vari dati nazionali, ci rendiamo conto di tali discrepanze. Il tasso di taglio cesareo è, per esempio, un indicatore di eccessiva medicalizzazione (se elevato) o di appropriatezza (se contenuto). Nel 2010 Cipro ha il più alto tasso di interventi di questo tipo (52,2%), seguito dall'Italia (38%), dalla Romania (36,9%) e dal Portogallo (36,3%). Germania, Lussemburgo, Malta, Polonia e Svizzera mostrano un tasso uguale o maggiore al 30%. I Paesi Bassi, la Slovenia, la Finlandia, la Svezia, l'Islanda e la Norvegia presentano tassi inferiori al 20%. I Paesi con minori tassi in assoluto sono l'Islanda (14,8%) la Finlandia (16,8%) e i Paesi Bassi (17%). Tranne che per una leggera riduzione in Finlandia e in Svezia, dal 2004 al 2010 gli interventi di taglio cesareo sono cresciuti in tutta Europa, specialmente nei Paesi dell'Europa orientale. L'incremento varia dallo 0,2% in Italia al 7% in Lituania, Slovacchia e Polonia. I fattori di rischio associati al taglio cesareo (età elevata e parità) non sono sufficienti per spiegare le disparità regionali: Paesi con elevata proporzione di madri in età avanzata mostrano, infatti, sia tassi di cesarei molto elevati (per esempio, l'Italia e il Portogallo), sia molto bassi (Paesi Bassi e Finlandia). Altri fattori – non ultimi quelli socio-economici, come vedremo quando tratteremo il caso italiano – incidono nella crescita esponenziale che tale intervento chirurgico ha avuto negli ultimi decenni.

Anche i tassi relativi al parto operativo (con utilizzo di forcipe o ventosa) sono molto variabili nei diversi Paesi: raggiungono o superano il 10% in Irlanda, nelle Fiandre, in Repubblica Ceca, in Spagna, in Francia, in Lussemburgo, nei Paesi Bassi, in Portogallo, nel Regno Unito e in Svizzera e sono meno del 2% in Repubblica Ceca, in Lettonia, in Lituania, in Polonia e in Romania. In Estonia, Italia, Cipro e Slovenia si situano tra il 2 e il 5%. In-

fine, anche il tasso di episiotomia varia considerevolmente: si riscontrano percentuali vicine al 70% a Cipro, in Polonia, in Portogallo e in Romania; percentuali tra il 43 e il 58% in Vallonia, nelle Fiandre, in Spagna e in Italia (42%). Si situano invece tra il 16% e il 36% le episiotomie in Scozia, Galles, Finlandia, Norvegia, Estonia, Francia, Svizzera, Germania, Malta, Slovenia, Lussemburgo, Lituania, Inghilterra e la regione di Bruxelles in Belgio. Le percentuali più basse, tra il 5 e il 7%, si riscontrano in Danimarca, Svezia e Finlandia.

È significativo che alti tassi di interventismo continuino ad essere largamente presenti (e generalmente in crescita), nonostante da tempo le evidenze medico-scientifiche dimostrino l'inefficacia o la pericolosità di tale tipo di approccio, e in particolare di alcune pratiche ancora effettuate di routine (Chalmers, 1989; Olsen, 1997). Già nel 1985 l'OMS raccomanda, infatti, di evitare – come pratiche sistematiche – la rasatura pubica, l'enema, l'induzione al travaglio, la parto-analgesia, il monitoraggio fetale diverso dall'auto-auscultazione, la posizione litotomica durante il parto, la rottura artificiale delle membrane, l'episiotomia e il taglio cesareo (WHO, 1985b). Raccomandazioni che sono riprese dallo stesso organismo internazionale in numerosi documenti, fino ai giorni nostri.

Le direttive internazionali: dalle raccomandazioni di Fortaleza ad oggi

Ritengo importante, a questo punto, presentare parte della cospicua documentazione redatta dall'Organizzazione Mondiale della Sanità in materia (WHO, 1985a, 1985b, 1996, 2006, 2008, 2009a, 2009b, 2010; OMS, 2014). Analizzerò i materiali che ritengo più significativi; quelli cioè che, a parer mio, hanno contribuito maggiormente al dibattito sull'eccessiva medicalizzazione del parto e della nascita, e che hanno fornito elementi utili per contenerla. In particolare, farò riferimento ai seguenti documenti: *Having a Baby in Europe e Appropriate technology for Birth*, pubblicati nel 1985; *Care in normal birth: a practical guide*, del 1996; *Pregnancy, Childbirth, Post-*

partum and newborn care: a Guide for essential practice, del 2006; *WHO: European Strategic Approach for making Pregnancy safer*, del 2008 e *Prevention and elimination of disrespect and abuse during childbirth*, del 2014.

Tali documenti costituiscono il contesto concettuale dentro il quale si pianificano (o si dovrebbero pianificare) le politiche nazionali e locali. Come approfondirò in seguito, parte delle indicazioni presenti risultano essere del tutto disattese nella pratica. La situazione attuale, a quasi trent'anni dal 1985 – anno che ho scelto quale spartiacque simbolico del processo di riflessione pubblica su queste tematiche – appare infatti ancora lontana da quella auspicata. I contenuti dei documenti pubblicati sono tuttavia indicativi del dibattito scientifico e politico in merito a tali questioni: dalla crescente attenzione volta agli aspetti fisiologici del partorire e del nascere alla crescente critica ad un interventismo medico spesso non necessario e non giustificato dalle evidenze scientifiche.

È proprio a partire dalla metà degli anni Ottanta che si possono evidenziare cambiamenti importanti nell'atteggiamento politico, sociale e culturale nei confronti del parto e della nascita. Nel 1985, in particolare, si pubblicano alcuni lavori destinati a influire notevolmente sull'implementazione delle pratiche assistenziali, formative e organizzative delle decadi seguenti. È innanzitutto l'anno in cui l'Ufficio Regionale per l'Europa dell'OMS pubblica il rapporto di ricerca *Having a Baby in Europe*. Si tratta del documento finale redatto dal *Perinatal Study Group*, un gruppo di lavoro creato nel 1979 per analizzare i servizi di assistenza alla nascita in Europa. Il gruppo è composto da quindici membri di diverse discipline: ostetriche, epidemiologi, medici, pediatri, infermieri sociologi, psicologi, economisti, statisti e dirigenti sanitari. Il documento riconosce che in Europa si partorisce con una certa sicurezza per madre e bambino (tassi di mortalità neonatale e materna relativamente bassi); ciò nonostante si ritiene che alcune questioni siano ancora problematiche e necessitino di ulteriori riflessioni. Ci si interroga, per esempio, sulle conseguenze della crescente medicalizzazione e tecnologizzazione della nascita e

sul fatto che non vi sia, a livello europeo, una definizione condivisa di “parto normale” (inteso come parto fisiologico). Si riconosce inoltre che le donne hanno spesso un ruolo secondario nelle decisioni che riguardano il proprio corpo e il proprio bambino e che sono necessarie più informazioni rispetto alla relazione tra assistenza ed esito del parto.

Nel dettaglio, nel documento si presentano innanzitutto i servizi sanitari ufficiali dei ventitre Paesi che hanno preso parte allo studio. Tali servizi vengono suddivisi in monopolistici, gestiti esclusivamente dallo Stato e pluralistici, comprensivi anche dei servizi privati. In dieci Paesi campione si approfondiscono poi alcuni aspetti psicosociali legati alla nascita: Canada, Stati Uniti, Unione Sovietica, Repubblica Federale di Germania, Paesi Bassi, Danimarca, Francia, Svezia, Jugoslavia e Gran Bretagna. In questi Paesi il modello ufficiale consiste nel partorire in una struttura ospedaliera, dopo un percorso di assistenza prenatale svolto nello stesso ospedale o in qualche altra struttura sanitaria. L'assistenza postnatale offerta dal modello consuetudinario coincide con il ricovero ospedaliero nei giorni seguenti al parto e nella delega successiva alla comunità. Si tratta di una situazione simile a quella odierna. Alcune tabelle riportate dallo studio europeo sono significative per dar conto della situazione presente in quegli anni. Tali dati possono servire come parametro di confronto per comprendere meglio il percorso storico che ha portato alla situazione attuale e per evidenziare cambiamenti o continuità.

La tabella n. 1 indica la possibilità di scelta delle donne in merito a pratiche ospedaliere di routine nei servizi ufficiali dei ventitre Paesi coinvolti nello studio. I dati più rilevanti riguardano il fatto che in nessun Paese le donne possono scegliere in merito alla modalità del partorire e solo in tre Paesi possono scegliere liberamente la posizione del parto. Inoltre, ventidue Paesi su ventitre non prevedono che la donna possa esprimersi in merito all'episiotomia. Si tratta di pratiche che rimandano ad una altissima medicalizzazione del parto.

Tabella n. 1. La possibilità di scelta delle donne nelle procedure standard in nascite non complicate nei servizi ufficiali in ventitre Paesi indagati (fonte: WHO, 1985a).

La possibilità di scelta delle donne nelle procedure standard in nascite non complicate nei servizi ufficiali in 23 paesi indagati			
Procedure	Numero di paesi		
	Si		No
Rasatura pubica	5		18
Modalità del parto	0		23
Posizione del parto	3		20
Anestesia/analgesia	10		13
Persone presenti	10		13
Scelta del medico	8		15
Cullare il neonato morto	11		12
Monitoraggio fetale elettronico	5		18
Episiotomia	1		22

Tabella n. 2. La possibilità di scelta delle donne nelle procedure standard in nascite non complicate nei servizi ufficiali in dieci Paesi indagati sulla base del questionario psicosociale (fonte: WHO, 1985a).

La possibilità di scelta delle donne nelle procedure standard in nascite non complicate nei servizi ufficiali in 10 paesi indagati sulla base del questionario psicosociale			
Procedura	Numero di ospedali		
	Possibilità di scelta in tutti gli ospedali	Possibilità di scelta in alcuni ospedali	Nessuna possibilità di scelta
Rasatura pubica	0	2	8
Posizione del parto	2	3	5
Enema	1	4	5
Confinamento a letto durante il travaglio	2	7	1

Nella tabella n. 2, che riguarda i dieci Paesi campione nei quali si sono indagati gli aspetti psicosociali del parto e della nascita, vengono confermate l'estrema medicalizzazione presente nei servizi ufficiali e le scarse possibilità di scelta per le donne, anche in parti vaginali senza complicazioni. In nessun ospedale dei dieci Paesi coinvolti è possibile per le donne scegliere in merito alla rasatura pubica; in cinque su dieci non è possibile scegliere in me-

rito alla posizione del parto o all'effettuazione di un clistere; solo in alcune strutture di sette Paesi su dieci è possibile scegliere se essere o no confinate a letto durante il travaglio.

In dieci Paesi su ventitre non è permessa la presenza del padre durante il travaglio e nel caso del parto è interdetta in diciotto Paesi in caso di parto chirurgico e in undici in caso di parto normale. In merito al *bonding*² solo sette Paesi su ventitre prevedono che il neonato venga posizionato immediatamente sul ventre della madre dopo il parto e allattato subito; solo tredici permettono che la mamma e il bimbo passino un po' di tempo insieme già in sala parto (tabella n. 3 e tabella n. 4).

Tabella n. 3. Possibilità del padre di essere presente (fonte: WHO, 1985a).

Possibilità del padre di essere presente			
Presenza del padre durante	Si		No
Travaglio	13		10
Parto non operativo	12		11
Parto operativo	5		18

Tabella n. 4. Procedure per favorire il bonding (fonte: WHO, 1985a).

Procedure per favorire il bonding			
Procedure per l'attaccamento	Si		No
Neonato posto sull'addome della madre alla nascita	7		17
Senò offerto al bambino nella sala parto	7		17
Mamma e neonato insieme nella sala parto	13		11

Questi indicatori rimandano ad una concezione del parto e della nascita come “eventi medici” e indicano una scarsa attenzione, in quegli anni, alle dinamiche psicosociali e agli aspetti non prettamente clinici che possono incidere sulla salute e il benessere della madre, del bambino e della triade mamma-papà-bambino.

Proseguendo nel loro lavoro, i ricercatori si accorgono che una maggiore attenzione a questi aspetti è presente, invece, nei cosiddetti “servizi alternativi” o non ufficiali. Si tratta dei servizi che operano al di fuori o al margine di quelli ufficiali e che per lo più sfuggono alla quantificazione statistica. Rilevandone l'importanza durante lo svolgimento stesso della ricerca, il team di esperti decide

di inserire nell'analisi anche tali servizi. Lo studio ne conferma l'importanza e ne delinea alcune componenti. In taluni casi, la cosiddetta "alternativa" rimanda a pratiche "antiche", diffuse prima dello sviluppo della moderna ostetricia; in altri casi, si tratta di pratiche e di approcci semplicemente differenti da quello biomedico, ma non per questo da considerarsi meno efficaci. Tali servizi paiono svilupparsi maggiormente nelle situazioni in cui:

- l'approccio tecnologico alla nascita è molto alto e il parto si svolge quasi esclusivamente negli ospedali;
- la continuità dell'assistenza o assistenza personalizzata (*one to one care*) non è presente nei servizi ufficiali;
- il ruolo dell'ostetrica è in qualche modo secondario rispetto ad altri professionisti (ginecologi ostetrici), o comunque la prima manca di autonomia.

Si tratta di elementi che caratterizzano anche oggi due dei contesti in cui ho svolto la mia indagine sul parto non ospedaliero: l'Italia e la Spagna. Diversi altri elementi presenti nello studio del 1985 sono stati rilevati anche nel mio lavoro, condotto ben trent'anni più tardi. Un esempio è costituito dall'importanza data nei "servizi alternativi" alla continuità dell'assistenza, elemento chiave per implementare un percorso nascita in linea sia con le evidenze scientifiche, sia con le esigenze e i desideri delle donne. "Continuità dell'assistenza" significa la presa in carico della donna dalla stessa ostetrica lungo tutto il percorso nascita. Il desiderio di affidarsi ad un'unica persona, con la quale, nel corso dei mesi, si costruisce una relazione basata sulla reciproca fiducia è uno degli elementi che incidono in Italia nella scelta di rivolgersi al professionista privato durante la gravidanza (un ginecologo), piuttosto che a una struttura pubblica. Una delle criticità delle strutture pubbliche (consultori e, soprattutto, reparti ospedalieri) è proprio quella di non offrire l'assistenza dello stesso professionista durante il percorso di gravidanza, ma di rendere disponibile l'operatore sanitario di turno in quel momento.

È interessante poi rilevare che, trent'anni fa come attualmente, dove l'offerta può considerarsi in qualche modo "alternativa", gli

ambienti ospedalieri sono arredati in maniera meno asettica: resi cioè più simili agli ambienti privati nei colori, negli arredi e negli oggetti presenti. Sono inoltre previsti la flessibilità nella scelta della posizione, l'uso di sedie per il parto, la presenza di amici e parenti e un minore interventismo di routine (rasatura pubica, enema, episiotomia, ecc.). In tali strutture, il bambino viene accolto – fin dove possibile per una struttura sanitaria – secondo quello che viene definito *Leboyer style*: luci basse, mantenimento del calore corporeo, contatto immediato e prolungato tra mamma-bambino, assenza di pratiche invasive, come descritto nel meraviglioso libro *Per una nascita senza violenza*, di Frederick Leboyer (Leboyer, 2000).

Altri elementi di continuità tra lo studio dell'OMS e la situazione attuale riguardano il ruolo dell'ostetrica. Quest'ultima risulta essere la figura chiave dei servizi alternativi, mentre è una figura di minor rilievo e autonomia in quelli ufficiali. Nell'analisi presentata dal documento, ciò si deve a fattori precisi, tra i quali il considerare la gravidanza sempre più "a rischio" o ad "alto rischio"; la crescente ospedalizzazione del parto e l'aumento della tecnologia nell'assistenza prenatale, resa disponibile soprattutto in strutture ospedaliere. Come vedremo meglio in seguito, si tratta di considerazioni utili ancora oggi per una riflessione critica sul tema della formazione dell'ostetrica. L'equipe di ricerca rileva, a questo proposito, una formazione accademico-istituzionale non adeguata. In molti Paesi (anche in Italia prima della riforma dell'anno 2000)³ l'ostetrica diviene tale solo dopo un percorso di studi infermieristico. In altre parole, l'infermiera si specializza in ostetricia con un percorso supplementare che le permette di assistere al parto⁴. Il documento sottolinea che un percorso formativo di tipo ostetrico condotto fin dall'inizio contribuirebbe a incoraggiare nelle future professioniste un approccio più centrato alla fisiologia, in linea con una visione del parto e della nascita come eventi sociali, piuttosto che eventi medici e a considerare la donna una persona, prima che una paziente. Porterebbe, infine, le ostetriche a essere maggiormente consapevoli del loro ruolo, delle loro specifiche competenze, accrescendone l'autonomia.

Il tema della (scarsa) autonomia dell'ostetrica ospedaliera e della sua subordinazione in certi casi "ancellare" nei confronti del personale medico è ricorrente anche ai giorni nostri. Si tratta di una condizione frutto di molteplici fattori, come l'organizzazione del sistema sanitario e del percorso formativo e, non ultimi, aspetti che rimandano alle relazioni di genere e di potere (Davis-Floyd, Johnson, 2006; Spina, 2009; Cheney, 2010). A questo proposito, lo studio del 1985 delinea chiaramente come la perdita di autonomia delle ostetriche «privi le donne incinte di un insieme di saperi e di conoscenze che tradizionalmente sono offerti da queste professioniste: figure che a priori enfatizzano la normalità della gravidanza, la continuità dell'assistenza e la sensibilità verso i fattori psicosociali, oltre che clinici» (WHO, 1985a: 45). Tali aspetti, come approfondiremo, sono invece preponderanti nell'esercizio dell'ostetricia in libera professione, dove la professionista lavora in autonomia rispetto ai medici.

Un ulteriore spunto di riflessione proveniente dallo studio del 1985 riguarda l'affermazione che la maggiore conoscenza di pratiche legate alla gravidanza, al parto e alla nascita in altre culture (*cross-cultural literature*) rivelerebbe che i modelli di assistenza che consideriamo "alternativi" sono in realtà le modalità normali di assistere nella maggioranza delle culture al mondo: posizione verticale, camminare durante il travaglio, taglio ritardato del cordone ombelicale, contatto mamma-bambino e allattamento immediati. In sintesi, il principale messaggio dei sistemi alternativi analizzati nello studio dell'OMS è che «mente e corpo non possono essere separati» (WHO, 1985a: 52). Prospettiva radicalmente diversa rispetto a un sapere biomedico ortodosso che fonda la sua esistenza – almeno da Cartesio in poi – proprio sulla separazione tra queste due dimensioni (Csoardas, 1994; Lock, Nguyen, 2010).

A seguito dei sette anni di studio e di dibattito tra esperti sulla materia, nel 1985 l'Organizzazione Mondiale della Sanità insieme all'Organizzazione Panamericana alla Salute e all'Ufficio regionale delle Americhe indice una conferenza sulla tecnologia appropriata alla nascita. A conclusione dell'evento, viene stilato il docu-

mento *Appropriate technology for Birth*, pubblicato nello stesso anno sulla prestigiosa Rivista «Lancet» (WHO, 1985b) e conosciute tra gli addetti ai lavori come *Raccomandazioni di Fortaleza*, dalla città brasiliana in cui si è tenuto l'incontro.

Il documento si occupa di gravidanza, parto e puerperio, partendo dall'idea che la nascita sia un processo normale e naturale. Si sottolinea per la prima volta in un testo sovranazionale che la nascita non è una malattia e che l'intero processo deve essere trattato dal punto di vista della fisiologia e non della patologia. In particolare, si afferma come la crescente medicalizzazione e tecnologizzazione della nascita presente soprattutto nei Paesi post industrializzati (ma che viene proposta come modello universalmente valido anche in altre aree del mondo) non sia supportata da evidenti benefici per la salute della mamma e del bambino. Si sottopongono a critica, dunque, pratiche entrate nella routine ospedaliera, ma delle quali a volte si disconosce il reale rapporto rischio/beneficio o di cui ancor peggio già si conoscono gli effetti iatrogeni. Si raccomanda pertanto di evitare – come pratiche sistematiche – la rasatura pubica, l'enema, l'induzione al travaglio, la parto-analgesia, il monitoraggio fetale diverso dall'auto-auscultazione, la posizione litotomica durante il parto, la rottura artificiale delle membrane, l'episiotomia e il taglio cesareo, il cui tasso superiore al 10%-15% – si dichiara nel documento – non è da considerarsi giustificato. Si rileva inoltre l'importanza di creare un ambiente favorevole per la mamma e il bambino, in cui i fattori sociali, emotivi e psicologici rivestano un ruolo fondamentale. Da qui l'importanza della presenza del partner o di persone care alla partoriente durante il travaglio e il parto, la libertà di movimento e di comportamento (camminare, mangiare e bere, se lo si desidera), la libera posizione durante il parto, il *rooming-in* e l'allattamento al seno immediato, possibilmente già in sala parto.

Si tratta in generale di elementi che rimandano a un ruolo attivo della donna, che deve essere informata e consapevole in merito alle scelte che la riguardano. Nel caso poi di gravidanze a rischio o che richiedono l'intervento medico si sottolinea comun-

que l'importanza di una assistenza "umanizzata", oltre che di un'appropriatezza sorveglianza clinica.

Vi sono infine nel documento una serie di raccomandazioni generali relative all'impegno che dovrebbe essere assunto dai singoli governi per implementare politiche innovative sul parto e la nascita e predisporre regole finanziarie che scoraggino l'uso indiscriminato della tecnologia. Tra le raccomandazioni più importanti, dal mio punto di vista, vi è quella che afferma che «l'intera comunità deve essere informata circa le varie procedure dell'assistenza alla nascita, in modo da permettere alla donna di scegliere il tipo di assistenza alla nascita che preferisce» (WHO, 1985b: 123). A questo proposito il documento invita gli ospedali e le istituzioni sanitarie a rendere pubblici e accessibili i dati che riguardano le pratiche assistenziali relative al parto. Non mi risulta che questa sia una pratica frequentemente adottata né in Italia, né altrove: sarebbe di sicuro interesse per la donna poter comparare – nel momento della scelta del luogo in cui partorire – dati quali il tasso di cesareo, di episiotomia, di induzioni e altro ancora, relativi alle singole strutture. Si sottolinea, poi, l'importanza della continuità dell'assistenza (che crea un rapporto di fiducia tra partoriente e assistente) e di una formazione orientata alla fisiologia e agli aspetti psicologici e socioculturali del processo. Interessante, infatti, l'affermazione secondo cui i servizi ostetrici che dimostrano un atteggiamento critico verso la tecnologia e che adottano un'attitudine rispettosa verso gli aspetti emozionali, psicologici e sociali nei riguardi della nascita, dovrebbero essere identificati, incoraggiati nel loro percorso, studiati nella loro esperienza e presi a modello per altre strutture e per riflessioni critiche.

Le *Raccomandazioni di Fortaleza* provocano immediatamente un dibattito tra gli specialisti. Da una parte, si sottolinea il carattere innovativo di un inedito lavoro interdisciplinare e della messa a punto di un documento critico non vincolato ad interessi di categorie professionali specifiche. Dall'altra, proprio una parte della classe medica ritiene che le raccomandazioni non si basino su evidenze scientifiche, ma rappresentino un tentativo per modificare il sistema sanitario di assistenza alla nascita: «per i detrattori, l'aver sot-

tratto il compito di formulare le linee guida dell'assistenza ostetrica per il nord del mondo all'esclusiva responsabilità dei medici, estendendole ad altre professionalità e agli utenti dei servizi sanitari, ha prodotto un documento tanto meno vincolante, quanto più fornisce indicazioni divergenti dalle pratiche prevalenti. Sarebbe anzi proprio il divario fra la pratica in atto e le raccomandazioni proposte la dimostrazione della non scientificità del documento» (Basevi, Gori e Cerrone, 1999: 15).

Negli anni a seguire, si intensifica il dibattito ed emergono studi e ricerche che si interrogano sull'effettiva validità di tali raccomandazioni. La revisione metanalitica di «tutti gli studi clinici randomizzati controllati, pubblicati e non, sull'uso della tecnologia nell'assistenza in gravidanza e perinatale» (Basevi, Gori, Cerrone, 1999: 16) vengono pubblicati nel lavoro *Effective Care in Pregnancy and Childbirth* (Chalmers, Enkin, Kierse, 1989). Tale lavoro costituisce l'inizio di una revisione sistematica costante della letteratura sul parto e la nascita (Chalmers, 1992; Chalmers, 1999; Enkin, Keirse, Renfrew *et al.*, 1995) che contribuisce a creare la banca dati più importante al mondo nel suo genere: la *Cochrane Library* e, rispetto al parto, *The Cochrane Pregnancy and Childbirth Database*, aggiornato ogni tre mesi fino ad oggi.

Nel 1996 l'OMS pubblica un nuovo documento dal titolo *Care in normal birth: a practical guide*. Il documento richiama le raccomandazioni del 1985, lamentando come molte delle pratiche, già allora giudicate inappropriate (volte ad accelerare, indurre, aumentare, regolare, monitorizzare, ecc.), continuano ad essere massicciamente presenti nei Paesi industrializzati. In particolare, il documento:

- invita a rivedere il concetto di “rischio” e l'idea che la gravidanza possa essere definita “normale” solo in retrospettiva;
- propone una definizione chiara di “nascita normale”, evidentemente ancora dibattuta: «we define normal birth as: spontaneous in onset, low-risk at the start of labour and remaining so throughout labour and delivery. The infant is born spontaneously in the vertex position between 37 and 42 completed weeks of pregnancy. After birth mother and infant are in good condition» (WHO, 1996: 4);

- afferma il principio non interventista per cui «in normal birth there should be a valid reason to interfere with the natural process» (WHO, 1996: 8), aggiungendo che lo scopo dell'assistenza nel parto fisiologico è «raggiungere l'obiettivo di madre e figlio in buona salute con il livello minore di intervento compatibile con la sicurezza»;
- sottolinea che una donna dovrebbe partorire nel luogo dove si sente più sicura e a suo agio e dove siano possibili le cure appropriate. Per una donna incinta a basso rischio (personalmente preferisco l'espressione “in salute”) tale luogo può essere la casa, una piccola clinica di maternità o un centro di nascita o, forse, anche il reparto di maternità di un grande ospedale. In ogni caso deve essere un posto in cui tutte le cure e le attenzioni sono concentrate sulle sue necessità e sulla sua sicurezza, il più vicino possibile alla sua dimora e alla sua cultura;
- delinea in maniera chiara le figure che assistono al parto, specificando ruoli e compiti per ciascuna di esse: ginecologi-ostetrici (volti alla patologia); medici generali; ostetriche; personale ausiliario appositamente formato e *traditional birth attendant* formate, dove presenti;
- riflette sulla formazione dell'ostetrica e sul suo profilo professionale. Per quanto riguarda la definizione di ostetrica, il documento rimanda alla definizione internazionale della International Confederation of Midwives, condivisa dalla OMS e dalla FIGO (International Federation of Obstetricians and Gynaecologists), secondo cui: «a midwife is a person who has successfully completed a midwifery education programme that is duly recognized in the country where it is located» (International Confederation of Midwives Council, 2011: 1). Una definizione così generale implica nella pratica diversità regionali notevoli. Il percorso formativo prevede, secondo i diversi Paesi, la cosiddetta “entrata diretta” (corsi di laurea o di diploma per conseguire il titolo di ostetriche), oppure la formazione infermieristica previa. L'entrata diretta ha mostrato i suoi vantaggi, sia a livello di costi-benefici, sia in merito ai bisogni di mamma e bam-

bino (Radford, Thompson, 1994). Nella maggioranza dei Paesi, normalmente l'ostetrica lavora in ospedale o comunque con la supervisione dei ginecologi-ostetrici. L'assistenza alla nascita normale è parte quindi dell'assistenza dell'intero reparto di ostetricia e soggetta alle stesse regole e procedure; in altre parole, con poca distinzione tra gravidanze ad alto e basso rischio.

Oltre a questi aspetti, il documento riesamina alla luce delle evidenze scientifiche ben cinquantanove procedure di assistenza al parto fisiologico, distinguendole in quattro categorie in base alle loro appropriatezza, efficacia e al rapporto rischio/beneficio:

- la categoria A include le procedure di provata efficacia e che dovrebbero essere promosse;
- la categoria B le procedure per le quali esistono prove di rischio o di inefficacia e che dovrebbero essere abbandonate;
- la categoria C le procedure per le quali non esistono prove sufficienti per raccomandarle e che dovrebbero, quindi, essere utilizzate con cautela fino a quando ulteriori ricerche ne stabiliscano l'efficacia;
- la categoria D le procedure che sono frequentemente utilizzate in maniera inappropriata.

Nella tabella n. 5 riporto l'elenco integrale delle pratiche (WHO, 1996: 35-37)⁶, in quanto lo ritengo fondamentale per ricostruire un quadro dettagliato di ciò che (non) dovrebbe essere la pratica ospedaliera di routine nell'assistenza al parto. Uso il condizionale perché sebbene tali disposizioni costituiscano il punto di partenza di tante direttive nazionali, molto raramente si traducono in prassi sanitaria nei protocolli o nelle consuetudini locali. Alcune volte, le indicazioni vengono del tutto ignorate⁷. Potremmo dire che le cinquantanove pratiche elencate e classificate⁸ ci permettono di ricostruire un quadro quanto mai preciso del divario tra teoria e pratica e di quanto ancora siamo lontani da un percorso di demedicalizzazione del parto e della nascita. Anche nel corso del mio lavoro, molte di queste azioni costituiranno un punto

Tabella n. 5. Le 59 pratiche menzionate dall'OMS (fonte: WHO, 1996).

CATEGORIA A: Pratiche che si sono dimostrate utili e che dovrebbero essere incoraggiate

1. Un piano personale che determini dove e da chi il parto sarà assistito, redatto dalla donna durante la gravidanza e conosciuto dal marito/partner e, se si desidera, dalla famiglia.
2. Gestione del rischio in gravidanza durante l'assistenza prenatale, rivalutazione del rischio ad ogni contatto con il Sistema di salute e al primo contatto con chi è incaricato dell'assistenza durante il travaglio e durante il parto.
3. Monitoraggio del benessere fisico ed emozionale della donna durante il travaglio e il parto, e al termine del processo del parto.
4. Offrire sostanze liquide durante il travaglio e il parto.
5. Rispettare la scelta informata della donna rispetto al luogo del parto.
6. Fornire assistenza in travaglio e durante il parto a livello più periferico e sicuro dove la nascita è realizzabile e dove la donna si sente sicura e fiduciosa.
7. Rispettare il diritto delle donne alla privacy nel luogo parto.
8. Supporto empatico di chi assiste al parto durante il travaglio e la nascita.
9. Rispettare la scelta della donna rispetto a chi l'accompagna durante il travaglio e la nascita.
10. Dare alle donne tutte le informazioni e spiegazioni che desiderano.
11. Utilizzo di metodi non-invasivi e non farmacologici nella gestione del dolore durante il travaglio, quali tecniche di massaggio e rilassamento.
12. Monitoraggio fetale con l'auscultazione intermittente.
13. Uso di materiali monouso e appropriata decontaminazione dei materiali riutilizzabili durante tutto il travaglio e il parto.
14. Utilizzo di guanti durante l'esame vaginale, durante la fuoriuscita del bambino e nel maneggiare la placenta.
15. Libertà di posizione e di movimento nel corso del travaglio.
16. Incoraggiamento della posizione non supina durante il travaglio.
17. Attento monitoraggio dello stato di avanzamento del travaglio, per esempio tramite l'uso del partogramma della OMS.
18. Profilassi ossitocica nella terza fase del travaglio in donne con un rischio di emorragia postparto, o a rischio anche di una piccola quantità di perdita di sangue.
19. Sterilizzazione nel taglio del cordone ombelicale.
20. Prevenzione di ipotermia del bambino.
21. Contatto immediato pelle a pelle tra la madre e il bambino e supporto all'avvio dell'allattamento entro un'ora dal parto, secondo le linee guida dell'OMS sull'allattamento.
22. Esame routinario della placenta e delle membrane.

CATEGORIA B: Pratiche chiaramente dannose o inefficaci e che dovrebbero essere eliminate

1. Uso routinario di enema.
2. Uso routinario della rasatura pubica.
3. Uso routinario di intravenosa durante il travaglio.
4. Inserimento profilassi di routine nella cannula endovenosa.
5. Uso routinario della posizione supina durante il travaglio.
6. Esame rettale.
7. Uso di pelvimetria a raggi X.

8. Somministrazione di ossitocina in qualsiasi momento prima del parto, il cui effetto non possa essere più controllato.
9. Uso routinario della posizione litotomica con o senza staffe durante il travaglio.
10. Manovra di Valsalva durante la seconda fase del travaglio.
11. Massaggiare e stirare il perineo durante la seconda fase del travaglio.
12. Uso di compresse orali di ergometrina nella terza fase del travaglio per prevenire o controllare l'emorragia.
13. Uso routinario di ergometrina parenterale nel terzo stadio del travaglio.
14. Lavaggio di routine dell'utero dopo il parto.
15. Revisione di routine (esplorazione manuale) dell'utero dopo il parto.

CATEGORIA C: Pratiche per le quali le evidenze per sostenerne chiaramente la raccomandazione risultano insufficienti e che dovrebbero essere usate con cautela, mentre le ricerche chiariscono la questione

1. Metodi non farmacologici di sollievo dal dolore durante il travaglio, come erbe, immersione in acqua e la stimolazione dei nervi.
2. Amniotomia di routine nella prima fase del travaglio.
3. Pressione manuale della fondo uterino durante il travaglio.
4. Manovre relative alla protezione del perineo e alla gestione della testa feto al momento della nascita.
5. Manipolazione attiva del feto al momento della nascita.
6. Ossitocina di routine, trazione del cordone, o combinazione delle due pratiche durante il terzo stadio del travaglio.
7. Clampaggio precoce del cordone ombelicale.
8. Stimolazione del capezzolo per aumentare le contrazioni uterine durante la terza fase del travaglio.

CATEGORIA D: Pratiche frequentemente usate in maniera inappropriata

1. Restrizione nell'assunzione di cibo e di liquidi durante il travaglio.
2. Controllo del dolore attraverso agenti sistemici.
3. Controllo del dolore con analgesia epidurale.
4. Monitoraggio fetale elettronico.
5. Indossare maschere e guanti sterili durante l'assistenza al travaglio.
6. Ripetuti o frequenti esami vaginali soprattutto da parte di più di un assistente alla nascita.
7. Accelerazione con ossitocina (*augmentation*).
8. Spostare di routine la donna in travaglio in una stanza diversa al momento della seconda fase del travaglio.
9. Cateterizzazione della vescica.
10. Incoraggiare la donna a spingere quando è stata diagnosticata la piena o quasi piena dilatazione del collo dell'utero, prima che la donna senta il bisogno di farlo.
11. Aderenza rigida a una durata stabilita della seconda fase del travaglio, come ad esempio un'ora, se le condizioni materne e fetali sono buone e se vi è progresso del travaglio.
12. Parto operativo.
13. Uso liberalizzato o di routine dell'episiotomia.
14. Esplorazione manuale dell'utero dopo il parto.

di raffronto in merito all'avanzare o meno di tale percorso nei diversi Paesi coinvolti nello studio.

Per terminare questa breve analisi delle direttive internazionali vorrei menzionare alcuni documenti editi dopo l'anno 2000. Nel 2006 viene pubblicato *Pregnancy, Childbirth, Postpartum and Newborn Care: A guide for essential practice* (WHO, 2006), che offre indicazioni assistenziali precise (linee guida) a partire dalle raccomandazioni dei documenti precedenti. Nel 2008 viene invece pubblicato il documento *WHO European Strategic Approach for making pregnancy safer: improving maternal and perinatal care* (WHO, 2008). Si tratta di un testo interessante che, riproponendo ancora una volta le indicazioni sulla necessità di ridurre l'interventismo non necessario, focalizza la sua attenzione su ulteriori elementi innovativi, anche dal punto di vista del linguaggio utilizzato. L'idea portante della proposta è chiara: *Care for pregnancy and childbirth calls for a holistic approach. Pregnancy and childbirth are an important personal, familiar, and social experience* (WHO, 2008: 41). Per ottenere l'auspicato "approccio olistico" la pratica assistenziale deve contemplare almeno quattro dimensioni della qualità dell'assistenza:

- basarsi sull'evidenza scientifica e sul rapporto costi/benefici;
- essere centrato sulle famiglie, rispettando la confidenzialità, la privacy, la cultura, le credenze e i bisogni emozionali delle donne, delle famiglie e delle comunità;
- assicurare il coinvolgimento della donna nelle decisioni rispetto alle modalità di assistenza, così come nelle politiche sanitarie;
- assicurare la continuità dell'assistenza, dalle comunità ai più alti livelli di assistenza, includendo efficiente regionalizzazione e approccio multidisciplinare.

Se tali indicazioni fossero davvero adottate nelle politiche e nei protocolli assistenziali, potremmo dire che il parto e la nascita sarebbero nuovamente eventi rispettati dal punto di vista medico, sociale, culturale ed esistenziale. Purtroppo si è ben lontani da questo traguardo, nonostante i tanti strumenti anche di tipo metodologico oggi a disposizione⁹.

Ritengo che il documento *WHO European Strategic Approach for making pregnancy safer* sia importante almeno per tre aspetti. Si tratta innanzitutto di una ridefinizione del concetto di sicurezza (rispetto a quello prettamente biomedico): un tema sul quale ritornerò in seguito, molto importante nel parto non ospedaliero. L'affermazione «Improving health services for mothers and newborn babies and making them easily available does not necessarily mean they are used more» (WHO, 2008: 28) rafforza inoltre un approccio focalizzato sulla qualità, piuttosto che sulla quantità degli interventi effettuati e ricorda che l'approccio interventista non è sempre auspicabile. Infine, si rimanda a una nuova alleanza tra chi eroga un servizio e chi ne beneficia: un rapporto innovativo, basato sul coinvolgimento e sul compromesso tra operatori sanitari, donne, famiglie e comunità. Le donne, i padri, le famiglie e le comunità dovrebbero essere infatti incoraggiati «to provide appropriate care and support in the home for the woman and the newborn; to seek appropriate care when needed for birth and for emergencies; and to assume their full role as partners in improving maternal and newborn health». (WHO, 2008: 31). Credo che le mamme, i papà, le famiglie e le comunità sarebbero molto felici di poter davvero essere messi nelle condizioni di fare quanto appena descritto. Purtroppo, nella realtà quotidiana, ciò non sempre è pensabile o possibile, come vedremo nei prossimi capitoli.

Un ultimo interessante documento, che apre nuove frontiere nella riflessione politica e nella ricerca, è il documento *Prevention and elimination of disrespect and abuse during childbirth*, del 2014. Si tratta di una dichiarazione che riconosce che: «In ogni parte del mondo molte donne durante il parto in ospedale fanno esperienza di trattamenti irrispettosi e abusanti. Tale trattamento non solo viola il diritto delle donne ad un'assistenza sanitaria rispettosa, ma può anche minacciare il loro diritto alla vita, alla salute, all'integrità fisica e alla libertà da ogni forma di discriminazione». Al contrario, si stabilisce che «Ogni donna ha il diritto al più elevato livello di salute raggiungibile, che include il diritto ad una assistenza sanitaria rispettosa e dignitosa» (OMS, 2014: 1). Il documento rappre-

senta una presa di posizione importante da parte dell'organismo internazionale, che delinea una chiara consapevolezza delle criticità legate all'assistenza ospedaliera al parto in tutti i Paesi, come ben si sottolinea. L'aver menzionato in un documento ufficiale termini come "abuso" e "non rispetto" è un punto di partenza e di legittimazione indiretta di nuove istanze politiche e sociali, come quelle che denunciano la «violenza ginecologica e ostetrica» presente nel modello assistenziale eccessivamente medicalizzato (Sandler *et al.*, 2016).

Nel riassumere gli elementi chiave sui quali l'OMS riflette almeno dal 1985, presento, in chiusura di questo capitolo, un breve elenco dei nodi tematici che ritengo fondamentali per comprendere i percorsi di ricerca e riflessione delineati nelle pagine che seguono. Non si tratta di un elenco esaustivo, bensì di una griglia di partenza che permette di tracciare una prima rete di riferimento per comprendere parte di quello che ho chiamato "il discorso ufficiale" sul parto e sulla nascita. Questo discorso di sicuro non si esaurisce nella revisione di pochi – seppur significativi – documenti dell'OMS; ma tale operazione permette, in ogni caso, di costruire una cornice utile a contestualizzare le considerazioni di tipo medico-ostetrico, socioeconomico e politiche che saranno analizzate in seguito.

Ecco dunque, in sintesi, le principali questioni che l'OMS da più di trent'anni segnala (e in alcuni casi denuncia):

- preoccupazione per la crescente medicalizzazione e tecnologizzazione della nascita;
- non corrispondenza tra evidenze scientifiche e pratiche assistenziali routinarie;
- mancanza di informazioni basate sulle evidenze scientifiche in merito alla relazione tra assistenza ed esito del parto;
- mancanza di un approccio fisiologico e olistico al parto e alla nascita;
- preoccupazione per l'abuso e la mancanza di rispetto durante l'assistenza la parto e alla nascita;
- iper-enfatizzazione del concetto di rischio in gravidanza e durante il parto;

- importanza della continuità dell'assistenza;
- importanza dell'autonomia dell'ostetrica;
- importanza della divisione di ruoli e competenze: al medico ginecologo compete la patologia, all'ostetrica la fisiologia;
- importanza di un'ambiente favorevole alla nascita;
- ruolo secondario delle donne in merito alle decisioni che riguardano il loro corpo e la loro salute, nella possibilità di scegliere il tipo di assistenza alla nascita che si preferisce e nella possibilità di partorire nel luogo in cui ci si sente più sicure e a proprio agio.

Vedremo ora, nello specifico, se e come tali questioni possano essere ricondotte alle condizioni attuali in cui si assiste al parto, in particolare in Italia. È però fin d'ora importante sottolineare che molti di questi aspetti – più o meno conosciuti, denunciati e rivendicati da ostetriche, donne, coppie e professionisti della salute in genere – incidono in maniera rilevante nella domanda e offerta crescente di modalità differenti di partorire e di nascere; in altre parole, nell'aumento di parti non ospedalieri.

Note

¹ La mortalità fetale è intesa nel rapporto Euro-Peristat come quella che accade alla ventottesima o dopo la ventottesima settimana di gravidanza. In altri casi, la mortalità fetale è sinonimo di mortalità intrauterina o prenatale e dunque riguarda tutte le morti durante la gravidanza, a prescindere dalla settimana di gestazione. La mortalità neonatale indica la mortalità che colpisce i nati vivi nelle prime quattro settimane di vita. Per mortalità infantile si intende la mortalità che colpisce i nati vivi tra la nascita e il primo anno di vita. Le cause di morte nel feto nelle ultime settimane della gravidanza e del nato vivo nel primo suo periodo di esistenza vengono a volte accorpate nella cosiddetta mortalità perinatale, che dunque accorpa le morti nel periodo neonatale con i nati morti, fino ad arrivare, a volte, al primo anno di vita.

² «Il *bonding* (dall'inglese *to bond*: attaccare, vincolare) è il processo di formazione del legame tra genitori e bambino. È un legame profondo, specifico, permanente (fisico e psicologico insieme), che permette di allattare, di cullare, di giocare col proprio bambino, ma anche di proteggerlo, di non trascurarlo, di non abbandonarlo. Il *bonding* permette di far emergere nei genitori istinti nascosti utilizzando il loro "periodo sensibile"; viene così favorita una grande sensibilità comunicativa che produce efficaci risposte alle diverse necessità del bambino. Il mezzo più semplice ed efficace per creare un legame stabile e positivo tra i genitori e il bambino è risultato quello di mettere il neonato nelle braccia della mamma in contatto pelle-pelle nelle due ore successive al parto, senza attuare nessuna separazione se il loro stato di salute lo permette. È stato infatti scoperto che il neonato, nei primi 60-90 minuti dopo la nascita, si trova nello stato di veglia tranquilla nel quale può aprire gli occhi, guardare (e conoscere) i genitori, ascoltare la loro voce, cercare (da solo) il seno della mamma, sentirsi rassicurato da quell'abbraccio che simula quello noto dell'utero. In questa fase il neonato è molto attento e riesce a percepire ciò che lo circonda [...] bisognerebbe evitare che queste prime percezioni avvenissero attraverso persone estranee, in luoghi diversi dal corpo della mamma (dalla sua voce e dal suo odore). Dopo circa due ore dal parto il neonato passa in uno stadio di sonnolenza o di vero e proprio sonno, recupera le forze e la sua percezione del mondo si riduce fin quasi ad annullarsi: questo è il momento per portarlo al nido e sottoporlo alle routine assistenziali senza temere di disturbarlo: ormai il miracolo del *bonding* è iniziato e nulla può fermarlo». (Volta, 2003). Per approfondimenti sulla teoria dell'attaccamento cfr. Bolwby, 1989.

³ Legge 10/08/2000 n. 251.

⁴ Come avviene tutt'ora in Spagna.

⁵ Si tratta delle levatrici tradizionali. Le TBA sono considerate a partire dal 2000 (Obiettivi del Millennio) personale non qualificato nell'assistenza al parto. Per una critica a tale approccio cfr. Quattrocchi, 2007.

⁶ Traduzione dall'inglese all'italiano dell'autrice.

⁷ Mi sono spesso chiesta in questi anni, se il personale medico-ostetrico con ruolo direttivo (dirigenti sanitari, direttori di reparti, ecc.) che ho incontrato nel mio percorso di ricerca le ignorassero di proposito o, in alcuni casi, le disconoscessero davvero.

⁸ Nel testo originale accanto ad ogni pratica vi sono i rimandi bibliografici alla letteratura scientifica.

⁹ Nel 2009 viene stilato, per esempio, il documento *Making pregnancy Safer. Assessment tool for the quality of hospital care for mothers and newborn babies* (WHO, 2009b), basato sull'esperienza dell'Ufficio Regionale per l'Europa e in particolare sull'implementazione del pacchetto *The Effective Perinatal Care training package* e del «WHO Manuals of the global Making Pregnancy Safer programme». Il documento contiene dei questionari utili per comprendere la qualità dell'assistenza ospedaliera per la madre e il neonato (*Quality of hospital care for mothers and newborn babies* (QoMNC)). È rivolto a chi ha il compito di migliorare i servizi di assistenza perinatale, offrendo modalità omogenee per monitorare le differenti situazioni ed eventualmente intervenire per migliorarle.

Partorire e nascere in Italia

Il percorso nascita italiano tra letteratura, pratica e politica

Sappiamo tutte le conseguenze dell'eccessiva medicalizzazione nell'assistenza, sia al percorso nascita, sia alla gravidanza che al parto: sono sfociate nella montagna di ecografie che non servono a niente, si fanno troppi cesarei, troppi esami; si ricorre a esami diagnostici riservati a una popolazione ristretta a tappeto, per tutti; si aumentano così i falsi positivi, di diagnosi inappropriate, di ansia nell'attendere i secondi livelli della diagnosi. Il tutto sotteso da questa idea che comunque le donne non abbiano in qualche modo la competenza biologica per portare avanti la gravidanza e partorire ma che debbano affidare la loro salute e quella dei loro bambini alla tecnologia ostetrica che in qualche modo dovrebbe garantire migliori risultati sia per loro che per i loro figli. Non c'è uno straccio di evidenza scientifica a sostegno di questa tesi, però di fatto culturalmente è la tesi che sottende il percorso di estrema medicalizzazione che noi abbiamo registrato nel nostro Paese (Sereni, Istituto Superiore di Sanità, 2010).

In Italia, negli ultimi decenni, si rileva una medicalizzazione crescente del parto e della nascita anche in situazioni non patologiche (Donati, Spinelli, Grandolfo, 1999; Sabbadini, 2001; Grandolfo, Donati, Giusti, 2002; ISTAT, 2006; ISTAT, 2007; Ministero della Salute, 2008; Boldrini, Di Cesare, Tamburini, 2010; Lauria, Andreozzi, 2011; Lauria, Lamberti, Buoncrisiano *et al.*, 2012). Seppure i dati mostrino una certa disomogeneità territoriale – con picchi più elevati nelle regioni meridionali rispetto a quelle settentrionali – l'eccessiva medicalizzazione è evidente su tutto il territorio nazionale. Il tasso di taglio cesareo, per esempio, è aumentato in

maniera costante nel corso degli anni: dall'11,2% nel 1980 è giunto al 33,2% nel 2000 al 38% nel 2009 e al 37,5% nel 2010: un dato che nelle linee guida emanate nel 2010 è definito «allarmante» (Ministero della Salute, Istituto Superiore di Sanità, 2010: 1) e che situa il nostro Paese al primo posto in Europa (dopo Cipro) per l'uso/abuso di questa pratica¹.

Anche il percorso in gravidanza risulta sempre più controllato dal punto di vista medico. Il numero medio di ecografie per le donne italiane con gravidanza a decorso fisiologico era, nello scorso decennio, di 5.3 (Grandolfo, Donati, Giusti, 2002) ed è attualmente di sette ecografie per gravidanza; solo una in più se vi è qualche patologia. La percentuale scende di qualche punto per le donne straniere che effettuano mediamente cinque ecografie, sei se vi sono problemi gravi. In generale, però, solo il 9,4% delle italiane e il 43,6% delle straniere effettua al massimo le tre ecografie previste dal servizio sanitario nazionale² (Lauria, Andreozzi, 2011; Lauria, Lamberti, Buoncristiano *et al.*, 2012).

Un altro dato emblematico riguarda il numero di visite mediche durante la gravidanza: la media è pari a 6.9, ma il 53,9% delle donne ha effettuato sette o più visite. Il dato è elevato non solo per le donne che hanno avuto gravidanze difficili, ma anche per coloro che hanno vissuto una gravidanza fisiologica. Infatti, chi ha avuto minaccia di parto pretermine ha effettuato, in media, solo una visita in più di chi ha avuto un decorso normale (7.8 contro 6.8); lo stesso accade per le donne che hanno avuto minacce d'aborto in gravidanza: il numero delle loro visite è 7.6 contro 6.8 visite delle donne senza problemi (Sabbadini, 2001).

La situazione appena descritta indica che le gravidanze fisiologiche e quelle a rischio di patologia (o patologiche) non sono oggetto nel nostro Paese di un percorso differenziato. Al contrario, tutte le gravidanze in Italia – anche quelle normali – vengono generalmente trattate come se fossero patologiche. Si tratta di una constatazione fondamentale, che riguarda l'intera organizzazione dei nostri servizi di assistenza al parto, inclusi gli aspetti formativi ossia la visione attraverso la quale viene formata la classe medico-oste-

trica. La cornice d'insieme entro cui si inserisce questo processo è peraltro inquietante: la necessità di un numero così elevato di controlli medico-diagnostici non rimanda all'evidenza scientifica di cui disponiamo. In altre parole, non è dimostrato scientificamente che un maggior numero di visite e di ecografie porti a ciò che gli esperti chiamano un miglior esito», cioè un parto o una nascita in migliori condizioni di salute per la mamma e il bambino.

Da almeno un due decenni, si rileva poi un eccesso di interventismo e di utilizzo di farmaci (per esempio di ossitocici) durante il travaglio e il parto (Grandolfo, Donati, Giusti, 2002). Dalle due indagini campionarie condotte tra il 2008 e il 2009 dall'Istituto Superiore di Sanità in venticinque aziende sanitarie italiane emerge che il 19,4% delle donne italiane e il 12,8% delle donne straniere che hanno partorito con parto spontaneo hanno avuto un travaglio indotto. Nel 43,6% delle italiane e nel 45,6% delle straniere che hanno partorito con parto spontaneo è stata invece praticata l'episiotomia (Lauria, Bonciani, Lamberti *et al.*, 2012): in pratica, quasi una donna su due ha subito «il taglietto», come è stata definita questa pratica in modo quanto meno riduttivo da alcuni miei interlocutori³.

Oltre a comportare un aumento dei costi sanitari, tale situazione causa anche «una dipendenza e una perdita di controllo da parte delle donne della propria condizione, in una fase della loro vita in cui si esprime la loro potenza creativa al massimo livello e in cui, al contrario, sarebbe altamente auspicabile il loro coinvolgimento in processi di *empowerments*» (Grandolfo, Donati, Giusti, 2002: 1).

Nell'indagine multiscopo *Condizione di Salute e ricorso ai servizi sanitari* condotta dall'ISTAT tra il 1999 e il 2000 il dato riguardante la possibilità di scegliere liberamente la posizione più consona durante il parto (anche in linea con le direttive Oms 1985 e seguenti) è impressionante: l'87,9% delle donne ha partorito sul lettino ginecologico e solo un 12,1% in posizioni diverse: di queste, l'8,6% sulla sedia ostetrica, 1,3% accovacciata, lo 0,6% in acqua, lo 0,2% di fianco e 1,4% in altra posizione. Ciò avviene nonostante le evidenze scientifiche dimostrino da tempo come la posizione litoto-

mica non sia la migliore dal punto di vista fisiologico e sottolineino l'importanza di permettere alla donna di muoversi a suo piacimento durante il travaglio e il parto. Al contrario, secondo l'indagine, solo il 26,3% delle donne che hanno partorito spontaneamente ha potuto scegliere autonomamente la posizione; quasi mai questo si è verificato nelle regioni meridionali (Sabbadini, 2001). Lo studio, ripetuto a cadenza quinquennale, rivela che tra il 2004 e il 2005 l'assistenza in gravidanza è migliorata, in particolare per quanto riguarda le donne che si sottopongono a visite e accertamenti nei primi mesi della gestazione; vi è inoltre più informazione sulle tecniche di diagnosi prenatale. La medicalizzazione è però ancora in aumento e le donne continuano ad apparire poco informate, poco supportate nelle varie fasi della gravidanza e del postparto e poco coinvolte nei processi decisionali che le riguardano (ISTAT, 2006).

A contribuire a tale situazione vi è la tipologia di assistenza e in particolare il tipo di professionista che prende in carico la donna in gravidanza. Nonostante quasi il 90% delle donne partorisca in un ospedale pubblico, la maggioranza delle donne italiane (78,5%) si rivolge al ginecologo, che nel 44,7% dei casi lavora in regime privato; ed è proprio nel settore privato che si riscontra il maggior eccesso di medicalizzazione (Grandolfo, Donati, Giusti, 2002). L'affidamento al ginecologo è rilevante anche nelle gravidanze non a rischio. Ciò costituisce una prima importante differenza con quei Paesi in cui il modello di *midwifery* è maggiormente centrato nella fisiologia. Nei Paesi Bassi o in Gran Bretagna, per esempio, tale percorso è di competenza esclusiva dell'ostetrica.

Solo l'11% delle donne italiane (al contrario del 52,2% delle straniere) si rivolge, invece, al consultorio, dove solitamente la presa in carico è dell'ostetrica (Lauria, Andreozzi, 2011; Lauria, Lambertini, Buoncrisiano *et al.*, 2012). In generale, le indagini dell'ISS dimostrano che «quando la nascita è presa in carico, in tutto o in parte, dai consultori familiari e dalle ostetriche, si ha la maggiore esposizione alle pratiche raccomandate dalle conoscenze scientifiche disponibili e dalle norme vigenti; si ha anche una minore esposi-

zione a quelle non raccomandate» (Grandolfo, 2012: 10). Risulta, infatti, che le donne seguite da un consultorio familiare o da un ginecologo ospedaliero sono sottoposte a un numero minore di ecografie, sono maggiormente informate e più autonome nelle loro scelte. Un ulteriore elemento che contribuisce a rendere le donne più consapevoli dell'intero processo è la frequentazione di un corso di accompagnamento alla nascita, soprattutto se organizzato da un consultorio: le donne che lo frequentano risultano, infatti, meglio informate, più autonome e più propense all'allattamento al seno, anche prolungato.

È importante menzionare che l'eccessiva medicalizzazione è ben lontana dagli ideali e dai desideri femminili: ben il 94,7% delle primipare italiane che ha partorito con un parto spontaneo ha dichiarato che, potendo scegliere, preferirebbe nuovamente il parto spontaneo; e così il 78,1% di coloro che hanno partorito con un taglio cesareo. La percentuale delle pluripare italiane che hanno già partorito con cesareo e che preferirebbe un parto spontaneo in una nuova gravidanza si innalza al 96%. Le percentuali sono simili anche per le donne straniere: rispettivamente 94,5% e 78,2%. Il 95% delle donne desidera poi allattare al seno (Donati, Grandolfo, Andreozzi, 2003; ISTAT, 2007; Grandolfo, 2012). Questi dati sono particolarmente importanti nel rispondere in maniera chiara a certi luoghi comuni e a non rare affermazioni mediche (alcune raccolte personalmente) secondo cui «sono le donne a preferire il cesareo, l'epidurale e il latte artificiale». Un argomento sul quale ritornerò in seguito.

In questo contesto di crescente medicalizzazione, il Ministero della Salute con il D.M. del 24/4/2000 introduce nel Piano Sanitario Nazionale relativo al triennio 1998-2000 il Progetto Obiettivo Materno Infantile (POMI) quale «tematica di rilevanza strategica» (Ministero della Salute, 2000). Il piano si occupa del percorso nascita, dei tumori femminili e dell'adolescenza. In merito al parto e alla nascita, tra gli obiettivi principali (riferibili ai Livelli Essenziali di Assistenza)⁴ vi è l'umanizzazione del servizio di assistenza, raggiungibile attraverso l'attivazione di corsi preparati, la preparazione di personale qualificato, la presenza di una per-

sona a scelta della donna durante il travaglio e il parto, la sperimentazione di percorsi di demedicalizzazione del parto, l'attivazione di strategie facilitanti il contatto madre-bambino, il *rooming in* e l'assistenza al puerperio. Altre priorità riguardano il favorire il più possibile il contatto puerpera-neonato (nel caso di una patologia di quest'ultimo) attraverso il collegamento funzionale tra area ostetrico-ginecologica e pediatrico-neonatologica, l'adeguamento strutturale dei locali al fine di facilitare il *rooming in* e l'allattamento al seno, la realizzazione di dimissioni precoci attraverso l'attivazione di una rete ospedaliera territoriale e sociale per il rientro domiciliare della madre e del bambino e la promozione e l'incremento dell'allattamento al seno.

Un ruolo importante viene affidato all'Istituto Superiore di Sanità, che ha il compito di accompagnare le Aziende Sanitarie Locali nel percorso di implementazione delle raccomandazioni e di valutare l'efficacia dei programmi implementati. La valutazione dell'efficacia risulta essere un punto chiave dell'intera operazione, in particolare per comprendere se e come gli interventi promossi riescono a promuovere la salute. Partendo dalla definizione della *Carta di Ottawa* che intende la promozione della salute come «l'insieme delle attività che hanno come obiettivo finale l'aumento della capacità di controllo sul proprio stato di salute da parte delle persone e delle comunità» (WHO, 1986: 1), l'Istituto si impegna a verificare tale processo. Il suo lavoro rimanda non solo al monitoraggio e alla valutazione della riduzione dei tassi di incidenza o prevalenza delle condizioni di sofferenza, ma anche nell'aumentata capacità di cercare salute e nella maggiore disponibilità della persona di promuovere salute verso altre persone (*peer education*). Il modello di riferimento è, cioè, un modello sociale di salute in cui l'assunzione della competenza potenziale della persona e della comunità – che conosce e riflette sui suoi vissuti quotidiani e riconosce le determinanti sociali della salute (e non solo quelle biologiche proprie del modello biomedico) – risulta essere fondamentale, in quanto ne promuove la partecipazione. L'invito è dunque quello di superare il modello biomedico di salute di tipo direttivo-paternali-

stico per abbracciare un modello differente – sociale appunto – volto all'*empowerment* individuale e comunitario (Grandolfo, 2012).

Per analizzare la corrispondenza tra pratiche operative e risultati conseguiti rispetto a quanto indicato dal POMI, l'Istituto Superiore di Sanità produce gli studi di cui, in precedenza, ho riportato i risultati principali: la *Prima indagine conoscitiva sul percorso nascita*, che coinvolge sessanta Aziende Sanitarie Locali in quindici regioni italiane (Grandolfo, Donati, Giusti, 2002) e le indagini campionarie svolte tra il 2008-2009 e il 2010-2011 in 25 Aziende per valutare l'assistenza pre e postnatale. I risultati di queste ultime dal titolo complessivo *Percorso nascita: promozione e valutazione della qualità di modelli operativi* vengono resi noti in due pubblicazioni (Lauria, Andreozzi, 2011; Lauria, Lamberti, Buoncristiano *et al.*, 2012). Il primo rapporto si occupa in particolare del percorso nascita delle donne immigrate; il secondo dell'implementazione e valutazione di corsi di accompagnamento alla nascita, quali attività attuate nel rispetto dei principi del POMI. In particolare, si valuta l'assistenza al percorso nascita a tre, sei e dodici mesi dal parto, attraverso indagini condotte, con le stesse modalità, a un anno di distanza l'una dall'altra. Tra i due periodi, le Aziende Sanitarie Locali hanno il compito di organizzare attività e interventi assistenziali proprio nel rispetto di tali principi. Tra i risultati principali dello studio si rileva la persistenza di un'assistenza privata e medicalizzata al percorso di nascita. È presente anche un generale miglioramento degli indicatori assistenziali in gravidanza e nel puerperio, come la partecipazione ai corsi di accompagnamento alla nascita, la quantità e qualità di informazioni ricevute, le visite domiciliari offerte dal consultorio, l'organizzazione di gruppi di sostegno all'allattamento o di auto-aiuto tra mamme e l'allattamento al seno.

Complessivamente, dagli studi emerge che l'esperienza del parto è giudicata buona/ottima dall'82,4% delle italiane e dall'83,9% delle straniere. Rispetto al personale che ha assistito il travaglio e il parto, la relazione è giudicata soddisfacente o molto soddisfacente dalla grande maggioranza delle donne e per tutte le figure

professionali (>92%), sebbene la relazione con il personale ostetrico risulti in generale più positiva rispetto a quella intrattenuta con altri professionisti. È interessante notare che il giudizio dato dalle donne sull'esperienza del parto risulta associato al tipo di parto effettuato e all'eventuale presenza o assenza di anestesia: un giudizio positivo è dato con minore frequenza quando il parto è avvenuto con taglio cesareo o con l'uso di ventosa/forcipe (parto operativo), rispetto ai parti spontanei con o senza anestesia; tra i parti spontanei non migliora il giudizio della donna se è stata praticata l'anestesia epidurale (Lauria, Bonciani, Lamberti *et al.*, 2012).

In sintesi, quindi, i risultati delle due indagini indicano «cambiamenti importanti in alcuni degli indicatori considerati, soprattutto relativi all'assistenza in gravidanza e in puerperio; ma al contempo, registrano una stabilità di altri indicatori, in particolare quelli ospedalieri, che mettono in evidenza una diversa sensibilità dei vari settori assistenziali verso il cambiamento. Le resistenze maggiori al cambiamento si hanno rispetto alle modalità di assistenza in gravidanza: per le donne italiane tale assistenza continua a essere medica e privata; così come permane la conseguente abitudine di effettuare un numero eccessivo di ecografie, rispetto al numero raccomandato» (Lauria, Bonciani, Lamberti *et al.*, 2012: 74).

Si tratta di considerazioni importanti, che dovrebbero, in qualche modo, indirizzare le politiche sanitarie in materia. D'altra parte, come sottolinea una ricercatrice dell'Istituto Superiore di Sanità:

Noi come Istituto Superiore di Sanità non abbiamo alcun potere normativo, siamo un organo tecnico scientifico del Servizio sanitario nazionale [...]. Quindi, quello che possiamo fare è produrre una buona ricerca nella speranza che questa venga poi usata da chi di dovere in maniera appropriata. Però, questo secondo passaggio è assolutamente indipendente dalle nostre possibilità. Questo è un altro punto critico della questione (Serena).

Cosa è accaduto a livello politico centrale (il «chi di dovere» di Serena), dunque, negli ultimi anni?

I Piani nazionali triennali che si sono susseguiti (2006-2008, 2009-2011 e 2012-2014) rivolgono particolare attenzione al percorso nascita, riprendendo le indicazioni del POMI. Si propongono, infatti, la riduzione del ricorso al taglio cesareo al 20%, l'attenzione alla sicurezza, l'umanizzazione del parto, la promozione dell'allattamento al seno e la razionalizzazione della rete dei punti nascita. Argomenti su cui si sofferma nel 2010 il Ministero della Salute, che ha sviluppato le *Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo*, oggetto di accordo della Conferenza Unificata Stato-Regioni (Ministero della Salute, 2010b). Tale documento riprende i principi del POMI e prevede i seguenti interventi:

- razionalizzazione/riduzione progressiva dei punti nascita con numero di parti inferiore a 1000 all'anno;
- carta dei servizi per il percorso nascita;
- integrazione territorio-ospedale per garantire la presa in carico, la continuità assistenziale e l'umanizzazione della nascita;
- sviluppo di linee guida sulla gravidanza fisiologica e sul taglio cesareo da parte del Sistema nazionale linee guida-Istituto Superiore di Sanità (SNLG-ISS);
- programma di implementazione delle linee guida;
- elaborazione, diffusione e implementazione di raccomandazioni e strumenti per la sicurezza del percorso nascita;
- procedure di controllo del dolore nel corso del travaglio e del parto;
- formazione degli operatori;
- monitoraggio e verifica delle attività;
- istituzione di una funzione di coordinamento permanente per il percorso nascita e di un Comitato per il Percorso Nascita (CPN).

D'altro canto, nel novembre del 2012, un gruppo trasversale di professionisti della salute, esperti, accademici, esponenti dell'associazionismo e della società civile si è riunito a Roma su proposta dell'Associazione Scientifica Andria e del Gruppo di discussione I Cerchi⁵. Dal-

la giornata di studio è nato un documento dal titolo *Libere di scegliere. Libere di partorire, abortire, contraccipire. Linee di indirizzo per la politica italiana*. L'intento è quello di «individuare alcuni semplici obiettivi che possano formare una piattaforma per proposte politiche concrete di cambiamento e di garanzia di maggiore rispetto per le scelte delle donne su parto, aborto e contraccezione; obiettivi concreti per dare una risposta italiana alla negazione dei diritti all'autodeterminazione e alla necessità che le donne riprendano il loro potere sui temi della gestione della salute riproduttiva» (*Libere di Scegliere*, 2012: 3) La presa di posizione, politica ed etica allo stesso tempo, è chiara: «Vogliamo difendere e migliorare un Servizio Sanitario Nazionale messo a dura prova dalle recenti manovre finanziarie. Vogliamo dei servizi sanitari regionali attenti ai bisogni e al sentire delle donne, non solo alle ragioni dell'economia e alla conservazione dei poteri e delle gerarchie esistenti. Vogliamo dire la nostra sulla riorganizzazione dei luoghi della nascita. Le scelte sulla salute riproduttiva sono scelte operate sul corpo delle donne, spesso senza il loro consenso» (*Ibidem*: 3).

Nel documento si ritrovano le preoccupazioni per l'eccessiva medicalizzazione del processo riproduttivo e per il mancato coinvolgimento della donna nelle scelte che riguardano la sua salute già discusse. Trovo interessante presentare un elenco delle principali proposte del gruppo⁶, in quanto rimandano in molti casi ai punti di intervento dell'accordo Conferenza Stato-Regioni e allo stesso POMI. Rappresentano, in effetti, un segnale di inadempimento di alcune richieste ormai più che decennali. Le ritengo inoltre interessanti, in quanto delineano un quadro preciso delle urgenze maggiormente sentite da chi lavora quotidianamente su queste questioni. In particolare, il documento richiede:

- l'istituzione di un Comitato per il Percorso Nascita, che includa sia i membri e rappresentanti di quei servizi ospedalieri e territoriali che promuovono la fisiologia, che i rappresentanti di associazioni di donne e cittadini. Compito del comitato deve essere quello di emanare il Percorso Nascita Regionale che definisca i criteri per la chiusura dei punti nascita, auspicando il superamento di valutazioni centrate esclusivamente sul nume-

ro di parti e attivando invece una riorganizzazione che sappia differenziare in modo esplicito i luoghi per intensità di cure erogate, garantisca assistenza ostetrica anche in territori periferici, sostenga modalità assistenziali di provata efficacia ed efficienza (ambulatori ostetrici gestiti dalle ostetriche, garanzia di continuità assistenziale dei professionisti negli ambulatori dipartimentali, promozione e apertura delle case maternità);

- l'istituzione di Comitati per il Percorso Nascita locali e l'approvazione dei Percorsi Nascita locali che rispondano alle esigenze specifiche di ogni singolo territorio. I Comitati locali dovranno prevedere la partecipazione sia degli operatori attivi nell'assistenza alla nascita che le associazioni di utenti attive sul territorio;
- l'emanazione di una *Carta dei Servizi del Percorso Nascita*, con l'obiettivo di rafforzare l'autonomia e la libertà di scelta da parte dei genitori offrendo strumenti di educazione sanitaria, conoscenza dei servizi, conoscenza dei diritti;
- l'adeguamento del protocollo Bindi⁷ alle nuove esigenze emerse dallo sviluppo della ricerca scientifica e oggi accolte da molte Regioni come assistenza gratuita di base, con particolare riferimento alla diagnostica prenatale non invasiva (test integrato), alla diagnostica prenatale invasiva (amniocentesi), allo *screening* per lo streptococco vagino-rettale⁸;
- l'adesione delle Regioni ai protocolli *Baby Friendly Hospital Initiative* (BFHI), *Baby Friendly Community Initiative* (BFHI) e *Mother and Baby Friendly Hospital Initiative* (MBFHI) coordinati da OMS-UNICEF; e la verifica dell'applicazione degli stessi nelle diverse Unità Operative;
- l'implementazione a livello nazionale del Manuale per l'accreditamento dei punti nascita promosso dall'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (AGENAS);
- la sperimentazione dei percorsi di assistenza ostetrica autonoma (ambulatori ostetrici e reparti di fisiologia) sul modello delle *Midwifery Led Unit*⁹ britanniche (un esempio in Italia è il Centro La Margherita dell'Ospedale Careggi di Firenze), in sinergia con i Consultori, trovando soluzioni ai problemi ammini-

strativi ancora non risolti, quali la dirigenza ostetrica, la prescrizione ostetrica, la gestione amministrativa delle Schede di Dimissione Ospedaliera (ricoveri e dimissioni da parte dell'ostetrica), il ricovero del neonato in Ostetricia, l'assistenza post dimissione;

- il favorire progetti che prevedano l'offerta di assistenza a domicilio da parte del servizio pubblico, sia per l'assistenza al parto delle donne che lo richiedano che per l'assistenza al puerperio, con particolare attenzione al sostegno e alla promozione dell'allattamento al seno;
- l'inserimento del parto extraospedaliero nei Livelli Essenziali di Assistenza nazionali, in modo che diventi un obbligo per le Regioni recepirlo;
- la risoluzione da parte del Ministero della Salute di questioni legate alla compilazione del Certificato di Assistenza alla Nascita (CedAP)¹⁰, in particolare per quanto riguarda la raccolta di dati sul parto a domicilio (sottostimata);
- una maggiore attenzione da parte degli organi di competenza delle ostetriche a livello centrale e periferico alle tematiche del parto extraospedaliero.

Un appello viene inoltre rivolto alla società civile in generale, a dimostrazione del fatto che l'implementazione di norme, programmi e protocolli deve accompagnarsi a un processo di cambiamento culturale che coinvolga la collettività nel suo complesso. In particolare il gruppo di lavoro sul parto riunitosi a Roma richiede alla società civile di:

- facilitare una diversa cultura della nascita anche con interventi mirati nelle scuole. È necessario che le donne riacquistino la fiducia nella capacità generatrice del loro corpo e che siano consapevoli dei benefici del parto indisturbato. Dovrebbero prendere coscienza e impegnarsi per il diritto di scegliere come, dove e con chi partorire. Deve essere sviluppata la coscienza della violenza ostetrica che alcune nazioni hanno già annoverato tra le diverse forme di violenza sessuale;

- promuovere una campagna mediatica per la libertà di scelta nel parto che coinvolga tutti i mezzi di comunicazione di massa e le associazioni di genitori che si impegnano per la nascita normale;
- esercitare pressione perché esempi d'eccellenza assistenziale possano essere riprodotti in tutta Italia e lavorare affinché le ostetriche possano riconoscere e osservare durante il loro percorso formativo il parto normale;
- estendere a tutte le Regioni la possibilità di usufruire di un rimborso per le spese sostenute per la nascita in casa;
- impegnarsi affinché si crei, tra ostetriche libere professioniste e istituzioni, un collaborativo rapporto di reciproca fiducia, superando, anche con l'aiuto di strumenti legislativi, le attuali difficoltà di comunicazione.

Come si evince, si tratta di tematiche trasversali che rimandano a contenere la medicalizzazione, a umanizzare i servizi di assistenza sanitaria al parto, a riqualificare gli ambienti ospedalieri e ripensare i percorsi formativi dei professionisti della salute e altro ancora.

Possiamo affermare che, tanto in sede politica quanto in sede professionale, vi è una condivisa preoccupazione – almeno nel discorso – per il modo in cui partoriamo e nasciamo. I documenti che abbiamo rapidamente analizzato lo dimostrano. Cosa accade però nella pratica? Qual è la condizione in cui partoriamo e nasciamo nel nostro Paese oggi?

Per rispondere a tale domanda presenterò i principali dati che emergono dal *Rapporto sull'evento nascita in Italia basato sulla raccolta e analisi dei dati CedAP*, a cura del Ministero della Salute. Si tratta della fonte istituzionale più completa a livello nazionale.

Come si nasce: i dati socio-demografici e assistenziali

Ad oggi (2016) il *Certificato di Assistenza al parto. Analisi dell'evento nascita, anno 2011* (Basili, Di Rosa, Montorio *et al.*, 2014), basato sulla raccolta e analisi dei dati CedAP, costituisce la fonte più aggiornata

nata a livello nazionale. Riporto, per punti, alcuni passaggi essenziali di tale documento, con il fine di fornire un quadro descrittivo della situazione italiana. I dati a disposizione sono suddivisi in tre macro-tematiche: le caratteristiche delle madri; le caratteristiche assistenziali e le caratteristiche dei neonati. Secondo i rilevatori, i dati presentano un elevato livello di completezza. Sono stati analizzati 567 punti nascita rilevati a livello nazionale e il 98,8% dei parti rilevati con la Scheda di Dimissione Ospedaliera. Anche in questo caso, ritengo utile accorpare le informazioni in alcune categorie principali:

Caratteristiche delle madri. Nel 2011 si sono avuti in Italia 541.206 parti, di cui 532.280 rientrano nel rapporto (98,8%). L'età media delle madri è di 32,6 anni per le italiane e di 29,3 anni per le cittadine straniere. I dati attestano che le donne in Italia diventano madri per la prima volta ad un'età sempre più tarda: l'età media per le donne italiane è in tutte le regioni superiore a 31 anni, con variazioni sensibili tra le regioni del nord e quelle del sud. Tale indicatore ha subito un notevole incremento negli ultimi decenni: nel 1981 l'età media delle donne italiane al primo figlio era 25 anni e nel 1996 di 28,2 (Sabbadini, 2001). Le donne straniere partoriscono il primo figlio in media a 27,7 anni.

Nel 2011 la stima del numero medio di figli per donna è pari a 1,39 (rispetto a 1,46 nell'anno precedente). I livelli di fecondità¹¹ più elevati sono presenti nelle Province Autonome di Trento e Bolzano, in Campania e Sicilia. Le regioni in assoluto meno prolifiche sono invece Sardegna, Molise e Basilicata. Si tratta di un livello in linea con la tendenza all'aumento della fecondità osservata a partire dalla seconda metà degli anni Novanta. Per circa trenta anni a partire dal 1965, infatti, la fecondità italiana era andata continuamente riducendosi fino a raggiungere il minimo storico di 1,19 figli per donna nel 1995. Per quanto riguarda la natalità in tutte le regioni si registra un calo: la media nazionale è del 9,1 per mille¹², con un valore minimo in Liguria (7,3) e un massimo di 10,5 nella Provincia Autonoma di Bolzano. L'indagine conferma una tendenza all'aumento evidente negli ultimi dieci anni, soprattutto grazie all'inci-

denza di nascite di bambini stranieri; negli ultimi anni, tuttavia, si nota una diminuzione della fecondità anche delle donne straniere.

Nel 2010, il 19% dei parti è relativo a madri di cittadinanza non italiana. Tale fenomeno è più diffuso al centro nord, dove oltre il 25% dei parti avviene da madri non italiane; in particolare, in Emilia Romagna, quasi il 28% delle nascite è riferito a madri straniere. Le aree geografiche di provenienza più rappresentative sono quella dell'Africa (26,1%) e dell'Unione Europea (26%). Le madri di origine asiatica e sudamericana sono rispettivamente il 18,2% e l'8,3% di quelle non italiane.

Per quanto riguarda il livello di istruzione il 44,2% delle donne che hanno partorito nell'anno 2011 ha una scolarità medio alta, il 31,8% medio bassa ed il 23,9% ha conseguito la laurea. Fra le straniere prevale invece una scolarità medio bassa (50,4%). L'analisi della condizione professionale evidenzia che il 59,3% delle madri ha un'occupazione lavorativa, il 30% sono casalinghe e il 8,8% sono disoccupate o in cerca di prima occupazione. La condizione professionale delle straniere che hanno partorito nel 2011 è per il 54% quella di casalinga a fronte del 65,5% delle donne italiane che hanno invece un'occupazione lavorativa. Le madri coniugate risultano pari al 72,8%, mentre il 24,4% sono nubili e il 2,7% separate, divorziate o vedove.

Visite prenatali. Nell'85% delle gravidanze il numero di visite ostetriche effettuate è superiore a quattro mentre nel 73,1% delle gravidanze si effettuano più di tre ecografie. La percentuale di donne italiane che effettuano la prima visita oltre la dodicesima settimana è pari al 2,8% mentre tale percentuale sale al 13,7% per le donne straniere. Le donne con scolarità bassa effettuano la prima visita più tardivamente rispetto alle donne con scolarità medio alta: si sottopongono alla prima visita oltre la dodicesima settimana il 10,9% delle donne con scolarità bassa, mentre per le donne con scolarità alta la percentuale è del 2,8%. Per le donne più giovani si registra una frequenza più alta di casi in cui la prima visita avviene tardivamente, dopo l'undicesima settimana di gestazione (13,6% nelle madri con meno di 20 anni).

Rispetto al numero di ecografie, nel 2011 a livello nazionale sono state effettuate in media 5,3 ecografie per ogni parto, con valori regionali variabili tra quattro ecografie per parto nella Provincia autonoma di Trento e sette ecografie per parto nella Regione Basilicata. Per il 73,1% delle gravidanze si registra un numero di ecografie superiore a tre, valore raccomandato dai protocolli di assistenza alla gravidanza del Ministero della Salute. Si riscontra quindi un'eccessiva utilizzazione di pratiche diagnostiche durante la gravidanza, indice di eccesso di medicalizzazione. È importante sottolineare che lo stesso rapporto rileva come il numero delle ecografie effettuate non sembri avere alcuna correlazione con il decorso della gravidanza.

Sono poi state effettuate 12,4 amniocentesi ogni 100 parti. A livello nazionale alle madri con più di 40 anni il prelievo del liquido amniotico è stato effettuato in quasi la metà dei casi (35,87%). Per quanto riguarda altre tecniche diagnostiche invasive il 4,1 % delle donne si è sottoposta all'esame dei villi coriali e lo 0,6% alla funicolocentesi. In generale, sono in aumento anche le tecniche di procreazione medicalmente assistita (PMA): nel 2010 sono state 1,23 ogni 100 gravidanze.

Luogo del parto. Il dato 2011 rivela che, a livello nazionale, l'88% dei parti è avvenuto negli Istituti di cura pubblici, l'11,8% nelle case di cura private e solo 0,1% altrove.

Sono state individuate 5 classi di punti nascita, per numerosità di parti annui: meno di 500 parti annui; almeno 500 e fino a 799 parti annui; almeno 800 e fino a 999 parti annui; almeno 1000 e fino a 2499 parti annui; 2500 e più parti annui. Il 61,8% dei parti si svolge in strutture dove avvengono almeno 1.000 parti annui. Tali strutture rappresentano il 33,7% dei punti nascita totali. Il 9,5% dei parti ha luogo invece in strutture che accolgono meno di 500 parti¹³ annui. La distribuzione regionale dei parti per classi di punto nascita evidenzia situazioni diversificate a livello regionale. Nelle Regioni del nord, quali Piemonte, Valle d'Aosta, Veneto ed Emilia Romagna, oltre il 70% dei parti si svolge in punti nascita di grandi dimensioni (oltre 1000 parti annui). Nelle Regioni del Sud – ad

eccezione della Puglia – oltre il 40% dei parti si svolgono in punti nascita con meno di 1000 parti annui.

L'Unità di Terapia Intensiva Neonatale è presente in 124 dei 567 punti nascita analizzati: 96 Unità sono collocate nei 191 punti nascita dove hanno luogo almeno 1.000 parti annui. Delle restanti 28, 14 sono collocate nei punti nascita che effettuano meno di 800 parti all'anno.

Modalità di assistenza. Il 59,1% dei parti avviene in modo spontaneo. Si conferma il ricorso eccessivo all'espletamento del parto per via chirurgica. In media, il 36,7% dei parti avviene con taglio cesareo (37,5 nel 2010, 38% nel 2009), con notevoli differenze regionali: in Campania (59,9%), in Sicilia (50,3%) e in Puglia (46%) si registrano i tassi più elevati; quelli più bassi sono presenti in Toscana (21,6%), Valle d'Aosta (23,1%) e in Friuli Venezia Giulia (24%). Rispetto al luogo del parto si registra un'elevata propensione all'uso del taglio cesareo nelle case di cura accreditate in cui si registra tale procedura in circa il 56,9% dei parti contro il 33,9% negli ospedali pubblici. Il parto cesareo è più frequente nelle donne con cittadinanza italiana rispetto alle donne straniere: nel 28,2% dei parti di madri straniere si ricorre al taglio cesareo mentre si registra una percentuale del 38,6% nei parti di madri italiane. L'analisi delle modalità di espletamento del parto è stata effettuata sia rispetto al luogo dove esso avviene sia rispetto alla modalità di presentazione del feto. Ovviamente il ricorso al taglio cesareo è maggiore quando il feto non si presenta di vertice (podalico); il dato allarmante è però che oltre il 34% dei parti in cui il feto si presenta di vertice avviene comunque con il taglio cesareo.

Un altro dato interessante è quello relativo alla tipologia dei punti nascita. Nei punti nascita con meno di 800 parti annui, l'incidenza di parti cesarei è significativamente maggiore di quella che si osserva mediamente a livello nazionale: nelle strutture dove hanno luogo meno di 500 parti annui si ricorre al taglio cesareo nel 42,3% dei casi; in quelle dove hanno luogo fra 500 e 800 parti annui nel 41,7% dei casi. Il fenomeno è correlato anche alla maggiore concentrazione di strutture private nelle classi dei punti nascita di dimensioni ridotte.

In merito ai professionisti presenti durante il parto, va rilevato che l'analisi relativa ai professionisti sanitari presenti al momento del parto non esclude i parti cesarei. Oltre all'ostetrica (95,32%) al momento del parto sono presenti: nell'88,28% dei casi l'ostetrico-ginecologo, nel 45,07% l'anestesista e nel 68,71% il pediatra neonatologo.

Nel 90,6% dei casi la donna ha accanto a sé, al momento del parto¹⁴ il padre del bambino, nel 8,15%, un familiare e nell'1,26% un'altra persona di fiducia.

Principali caratteristiche dei neonati. Per quanto riguarda i neonati l'1% dei nati ha un peso inferiore a 1.500 grammi ed il 6,2% tra 1.500 e 2.500 grammi. Nei test di valutazione della vitalità del neonato tramite l'indice di Apgar¹⁵ il 99,3% dei nati ha riportato un punteggio a 5 minuti dalla nascita compreso tra 7 e 10.

Nel 2011 sono stati rilevati 1.463 nati morti corrispondenti ad un tasso di natimortalità pari a 2,70 nati morti ogni 1.000 nati¹⁶. Solo nel 22,8% dei casi però è stata indicata nel CedAP la causa che ha determinato il decesso, nel 49% dei casi non è indicata e nel 28,2% dei casi viene indicata una causa errata o incompatibile per sesso e/o età. I nati con malformazioni sono stati 6680.

Il taglio cesareo in Italia: una breve riflessione su un dato allarmante

Essendo l'Italia il Paese europeo con maggior numero di tagli cesarei e il terzo al mondo preceduto solo da Turchia e Messico¹⁷, ritengo di non potermi esimere da una riflessione specifica su tale argomento. L'obiettivo non è certo di presentare un quadro esaustivo sulla problematica, che da solo richiederebbe uno studio monografico. L'intento è, semmai, di delineare alcuni elementi ridondanti, emersi tanto dal mio lavoro, quanto dallo spoglio della letteratura. In questo modo, ritengo sia possibile tracciare sinteticamente un possibile percorso interpretativo del fenomeno.

I dati a disposizione sono molteplici, sia su scala nazionale che locale e dimostrano come l'elevato ricorso al taglio cesareo nel no-

stro Paese rappresenti la «manifestazione più esasperata dell'eccesso di medicalizzazione del percorso nascita» (Grandolfo, Donati, Giusti, 2002: 1).

In generale, ciò che si evince è un aumento costante della percentuale di interventi: il tasso che alla fine degli anni Sessanta era del 5% è aumentato al 11,2% nel 1980, per arrivare al 33,2% nel 2000 e al 38% nel 2009. Solo dal 2010 si osserva una leggera decrescita (37,5%), confermata anche nell'ultimo rapporto CedAP 2011, che riporta il dato del 36,7% (ISTAT, 1980; ISTAT, 2002; Boldrini, Di Cesare, Tamburini, 2011; Basili, Cocchi, Di Rosa, Montorio *et al.*, 2014). La maggiore incidenza si verifica in alcune regioni del Sud Italia. Il primato, da più di un decennio, è detenuto dalla regione Campania, con una percentuale del 51,4% nel 2001 (Arsieri, Pugliese, Saporito, 2005) e vicina al 60% nel 2009. Anche la Sicilia registra tassi elevati (52,6%) mentre quelli più bassi si registrano in Provincia autonoma di Bolzano con il 23,8% e in Toscana, con il 23,6%. (Boldrini, Di Cesare, Tamburini, 2010). A prescindere però dalla disomogeneità territoriale, in tutte le regioni italiane la percentuale è di gran lunga superiore all'indicatore del 10-15% proposto dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (WHO, 1985b); e anche dalla media europea, che si attesta intorno al 19%. (Betrán, Meriáldi, Lauer *et al.*, 2007).

Si rileva, inoltre, una maggiore incidenza di questa pratica nelle strutture private rispetto a quelle pubbliche, nonché in quelle strutture che effettuano meno di cinquecento parti all'anno, rispetto a quelle che ne effettuano di più. Questa variabilità tra regioni geografiche o tipologia di strutture «in assenza di prove scientifiche che associno il maggiore ricorso alla chirurgia a una diversa distribuzione dei fattori di rischio materno-fetali o, per altro verso, a miglioramenti effettivi degli esiti perinatali» non risulta comprensibile e sembra invece essere «un indizio importante di comportamenti clinico-assistenziali non appropriati» (Ministero della Salute, Istituto Superiore di Sanità, 2010a: 3). Un tasso così elevato rimanda, in effetti, a diverse questioni: innanzitutto si tratta di un intervento chirurgico, che in quanto tale porta con sé una serie di rischi non seconda-

ri sia per la madre che per il bambino. Vale la pena ricordare, infatti, che il rischio di morte materna in un parto cesareo è maggiore di 4-5 volte rispetto a un parto vaginale, mentre la morbosità puerperale è 10-15 volte superiore (Arsieri, Formisano, Pugliesi *et al.*, 2002). Vi sono studi che dimostrano che la mortalità materna attribuibile all'intervento sarebbe addirittura da due a dieci volte superiore rispetto al parto vaginale (Lydon-Rochelle, Holt, Easterling, 2001) e la frequenza di complicanze nel post partum almeno dieci volte più alta (Koroukian, 2004). Non mancano inoltre effetti negativi sulle gravidanze successive, quali il rischio di placenta previa e accreta¹⁸ (Lydon-Rochelle, Holt, Easterling, 2001).

Il taglio cesareo è dunque un intervento chirurgico importante, da attuare con cautela. Ciò nonostante si riscontra un abuso di tale pratica non giustificabile dal punto di vista clinico. Questa constatazione risulta evidente soprattutto se prendiamo in considerazione le differenze regionali: è difficile immaginare che le donne campane necessitino di un maggior ricorso di cesareo delle donne friulane o altoatesine! Se, dunque, in alcuni casi, il ricorso al taglio cesareo può essere efficace e utile (si stima nel 15% dei casi circa)¹⁹, in altre situazioni probabilmente potrebbe essere evitato, riducendo così una serie di conseguenze che tale pratica porta con sé. Oltre ai rischi già citati per la madre e il bambino, possiamo menzionare l'innalzamento dei costi collettivi che un uso inappropriato di questa pratica sanitaria comporta. Il tema dell'elevato costo di una pratica abusata e delle sue ripercussioni sulla copertura sanitaria nei vari Paesi (in particolare in quelli in cui il sistema sanitario è finanziato con la fiscalità generale) è del resto stato più volte trattato anche dall'OMS (Gibbons, Belizán, Lauer *et al.*, 2010).

In Italia, il Decreto Ministeriale 15.04.1994 e successivi (14.12.1994, 30.06.1997, 2004 n. 311, 12.09.2006) hanno attribuito alle regioni il compito di determinare ed aggiornare le tariffe in base al sistema DRG²⁰ per i ricoveri e le prestazioni specialistiche ambulatoriali, tra cui quelle relative al parto. Il Ministero ha fissato delle tariffe massime stabilendo che eventuali eccedenze definite da provvedimenti regionali rimangano a carico dei bilanci re-

gionali. Ciò che si rileva, nella maggioranza dei casi, è una tariffa regionale relativa al rimborso per l'esecuzione di un taglio cesareo di molto superiore a quella prevista per un parto vaginale: per esempio, nella regione Friuli Venezia Giulia un parto cesareo con complicazioni equivale a un rimborso massimo di 4.532 euro, un cesareo senza complicazioni a 3.172 euro, un parto vaginale con diagnosi complicanti 3.014 euro e un parto vaginale senza diagnosi complicanti 2.002 euro; nella regione Emilia Romagna un cesareo con complicazioni equivale a 2.539 euro, un cesareo senza complicazioni a 1.806 euro, un parto vaginale con diagnosi complicanti a 1.370 euro e un parto vaginale senza diagnosi complicanti a 982 euro; nella regione Campania un cesareo con complicazioni equivale a 3.372 euro, un cesareo senza complicazioni a 2.360 euro, un parto vaginale con diagnosi complicanti 2.243 e un parto vaginale senza diagnosi complicanti a 1.489 euro (Morandi, 2009). Data questa situazione, è lecito chiedersi come mai il legislatore – dato il tasso “allarmante” di tagli cesarei nel nostro Paese – non abbia provveduto a un'equiparazione delle due prestazioni, in modo da disincentivare un eventuale interesse di tipo economico. Tale interesse, sebbene probabilmente non sempre prioritario, non può di certo essere ignorato, sia a detta degli osservatori, che degli stessi operatori. È un interrogativo non nuovo, come spiega la ricercatrice dell'Istituto Superiore di Sanità:

L'equiparazione è stata proposta tantissimi anni fa, ma poi è rimasta lettera morta. I DRG in ostetricia sono già particolarmente bassi, poco remunerativi. Questo è il motivo per cui poi nelle strutture ostetricia... non è che sia poi proprio una roba particolarmente ambita, perché si guadagna molto di più di con la ginecologia, con la oncologia, con DRG molto più remunerativi di questi. Allora avere un DRG più remunerativo per un cesareo rispetto a un parto spontaneo va da sé che disincentiva i responsabili e i direttori generali a sfavorire il parto spontaneo, anche da questo punto di vista. Non voglio essere così cattiva da dire che li fanno per i quattrini perché non è vero, assolutamente. Però se il parto spontaneo fosse remunerato come il taglio cesareo e se al contrario ci fossero delle soglie di incenti-

vazione per le pratiche più virtuose, questo potrebbe essere un deterrente. Questo è stato proposto, discusso, accettato, però poi, di fatto, non è mai stato fatto (Serena).

Non ultimo, poi, il “costo umano” di tale abuso, se così possiamo dire. Mi riferisco all’esperienza personale e familiare dei protagonisti diretti (la mamma e il bambino) e indiretti (il marito, i familiari) di un taglio cesareo. Sono ormai numerosi gli studi che attestano la minor soddisfazione della donna in merito all’esperienza del parto, quando questo avviene in maniera chirurgica; così come le maggiori difficoltà di instaurare una buona relazione mamma-neonato nelle prime ore o nelle prime giornate successive al parto, o ancora, difficoltà legate all’allattamento al seno, alla post-degenza, al ruolo del padre²¹.

Da questo punto di vista, in Italia l’esperienza delle donne è stata esplorata in maniera non esaustiva. Nello specifico del parto cesareo manca una sufficiente letteratura sulla costruzione da parte delle donne dell’esperienza stessa: sulle aspettative e sulle attese, sulle modalità di percezione del proprio corpo prima e dopo l’intervento chirurgico e sulle influenze che, secondo le donne, tale esperienza ha nella relazione con il partner e il bambino, in particolare nei suoi primi mesi di vita.

Alcune ricerche italiane e internazionali (e a volte anche il linguaggio mediatico) ci presentano delle donne “moderne” ed “emancipate” che decidono liberamente per un cesareo programmato e ci indicano come questo intervento venga sempre più considerato tanto dai medici come dalle pazienti «una modalità di nascita come un’altra» (Arsieri, Pugliese, Saporito, 2005) addirittura più sicura, più rapida e indolore. Come abbiamo visto, interrogando le donne dopo l’esperienza del partorire, risulta esplicita la loro preferenza per un parto vaginale e il desiderio di evitare il cesareo una seconda volta, qualora l’abbiano già subito. Sarebbe interessante verificare, dunque, quali siano i percorsi assistenziali che indirizzano alcune donne verso tale opzione durante la gravidanza. Si tratta di una scelta libera e consapevole o del prodotto di un’autore-

volezza insita nel discorso medico scientifico e nel professionista che in questo caso ne è il rappresentante, ossia il ginecologo? Quanto il percorso ipermedicalizzato cui le donne tutte sono sottoposte in Italia rende tali donne automaticamente (“naturalmente”) propense a un parto medicalizzato per eccellenza (come di fatto è un parto cesareo), nella convinzione di agire nella totale o maggiore sicurezza rispetto ad un parto spontaneo? E ancora, quanto le donne sono davvero a conoscenza delle positività e criticità in termini di rischio-beneficio di un parto cesareo rispetto a un parto vaginale, tanto in merito alla propria salute come a quella del proprio bambino? E infine, una volta partorito, cosa resta nella pratica quotidiana della famiglia di questa esperienza? Sono domande che generalmente non trovano risposta nelle analisi di tipo statistico, sociodemografico o clinico di cui disponiamo. Tali indagini – seppur importanti²² – risultano poco utili per comprendere le motivazioni soggettive e i processi collettivi che sottendono a tali questioni, nonché il senso che i diversi attori (le donne *in primis*) attribuiscono ai loro percorsi.

Comprendere il perché di un tasso di tagli cesarei così elevato e costantemente in crescita non è certo cosa semplice. Significa innanzitutto dotarsi di un’ottica plurale: della capacità, cioè, di confrontarsi con vari aspetti, anche diversi. È innegabile che si tratti di un processo multicausale e multifattoriale, frutto di un complesso intersecarsi di elementi medici, politici, economici, sociali, culturali, demografici e, non ultimo, logistico-organizzativi. Ne presenterò brevemente alcuni, quelli che compaiono in maniera ricorrente nelle interviste che ho condotto durante il mio lavoro, così come nella letteratura che ho analizzato. L’intento non è di presentare un elenco definitivo dei possibili fattori che incidono in questo processo, ma di tracciare il punto di vista dei diversi soggetti con i quali ho potuto discorrere della questione, e le cui opinioni trovano sostegno nelle mie letture. Si tratta – credo sia importante ricordarlo – di riflessioni raccolte durante colloqui e interviste che non riguardavano il taglio cesareo in particolare e che, pertanto, non possono che risultare frammentarie e non esaustive nell’aver trattato

tale argomento. Ciò nonostante, le ritengo interessanti, proprio perché emblematiche della multivocalità del fenomeno: del riconoscimento, cioè, di aspetti diversi secondo la prospettiva, l'esperienza e la conoscenza dei differenti soggetti in campo (medici, ostetriche, donne, decisori politici ecc.).

I vari elementi di cui discuterò possono essere ricondotti alle seguenti categorie: fattori formativi, fattori economici, fattori giuridico-legali, fattori organizzativi; fattori culturali e fattori demografici. Ecco alcuni dettagli relativi:

Fattore formativo. Senza dubbio la formazione accademica dei professionisti incaricati del percorso nascita (in particolare dei ginecologi e delle ostetriche) è in Italia estremamente medicalizzata. Ciò incide nelle modalità assistenziali e anche nella concettualizzazione del processo gravidanza-parto-puerperio-nascita da parte dei vari professionisti. Tutti gli esperti e i professionisti intervistati rilevano la difficoltà di poter anche solo “osservare la fisiologia” durante il proprio percorso formativo e dunque, rimandano all'assunzione “naturale” di un approccio patologicizzante²³. Ciò si deve non a una mancanza di fisiologia nei nostri ospedali, ma a uno sguardo distorto che dentro un percorso biomedico standardizzato trasforma la persona (anche sana, come una donna incinta con gravidanza fisiologica) in “corpo medico” sul quale intervenire (Good, 1999). Si tratta, in sintesi, di una lacuna formativa che può in certi casi creare un'insicurezza in merito all'assistenza adeguata da fornire in sala parto e rendere preferibile un intervento chirurgico che – nella sua meccanicità – preserva da emotività e preoccupazioni. A questo proposito, una maggiore attenzione agli aspetti fisiologici della gravidanza e la promozione di periodi di tirocinio ed esperienze formative non solo nelle grandi strutture ospedaliere di secondo o terzo livello o clinico-universitarie (in cui maggiore è la patologia), ma anche in strutture meno medicalizzate o non medicalizzate (come le case maternità) potrebbe apportare benefici anche nel breve-medio periodo. Un periodo di formazione all'estero, in particolare in quei Paesi nord-europei in cui i servizi di assistenza alla nascita sono concepiti e organizzati in maniera differente²⁴ potrebbe ulteriormente

sviluppare il senso critico dei nostri operatori e la capacità di contestualizzare la propria pratica professionale.

Fattore economico. Sono soprattutto gli esperti e i professionisti della salute a menzionare l'interesse economico quale possibile causa dell'innalzamento crescente del tasso di cesarei nel nostro Paese. Non si tratta di un interesse personale del singolo funzionario o del singolo professionista, ma di un sistema complesso basato su regole e consuetudini che rende maggiormente remunerativi alcuni interventi clinico-assistenziali piuttosto che altri. Il tema dell'equiparazione delle tariffe di rimborso tra parto cesareo e parto vaginale viene menzionato quale possibile via (politica) per contenere la crescita del tasso di tagli cesarei negli anni futuri. Il fattore economico posto in questi termini non compare nelle interviste con le donne, che, in linea generale, disconoscono questo aspetto.

Fattore medico-legale. È forse il più citato da parte degli esperti e dei professionisti della salute intervistati e, in certi casi, è un elemento menzionato anche dalle donne. Si tratta anche in questo caso di una questione complessa, che rimanda a quella che negli ultimi anni è stata definita la “medicina difensiva” (Genovese, Mariotti, 2013). Si tratta del timore crescente da parte dei professionisti nei confronti di possibili contenziosi medico-paziente nonché di politiche assicurative sempre più costose (soprattutto per chi opera privatamente) e sempre meno garantiste. Il timore di essere giudicato e, nei casi peggiori, accusato e denunciato per un'assistenza non appropriata rende il medico inevitabilmente volto a un comportamento in linea con l'idea che «meglio fare (e far fare) di più che di meno». La quantità e la standardizzazione dei controlli prenatali e la *routine* assistenziale durante il travaglio e il parto ospedalieri rientrano in questa prospettiva, a prescindere spesso dalla storia clinica della gravidanza. Non si prende affatto in considerazione quanto il meccanismo di delega assoluta da parte delle donne ai medici – meccanismo che produce ed è prodotto dello stesso processo di medicalizzazione – incida in questo percorso. Donne sempre meno autonome e sempre più deresponsabilizzate nelle loro scelte, alle quali viene prospettata l'idea che maggiori sono

i controlli e gli interventi (ecografie, diagnosi, visite, pratiche) migliore sarà l'esito, difficilmente potranno comprendere un imprevisto e una nascita appunto "non perfetta". Per comprendere meglio questi aspetti, sarebbe interessante una riflessione sulla natura qualitativa dei contenziosi nei parti ospedalieri. A questo proposito, le ostetriche libere professioniste sostengono che le donne coinvolte attivamente non solo nel percorso ma anche nei momenti decisionali – attraverso un confronto aperto e di corresponsabilità tra conoscenza/esperienza della professionista e conoscenza/esperienza e sentire della donna – sono più capaci di comprendere e condividere un esito non del tutto positivo. Ciò le porterebbe a essere meno propense a ricorrere a strumenti giuridico-legali qualora un evento nefasto si dovesse verificare.

Fattore organizzativo. Questo elemento permette di riflettere su un dato che, a mio parere, appare contraddittorio: in Italia, le strutture ospedaliere che effettuano meno di cinquecento parti all'anno presentano spesso un taglio di tasso cesareo molto elevato. Il dato è contraddittorio se prendiamo in considerazione due elementi: si presuppone che in un ospedale più piccolo e meno affollato vi siano maggiori possibilità da parte dello staff preposto (in particolare delle ostetriche) di accompagnare in maniera appropriata (per esempio, con maggiore rispetto dei tempi fisiologici del parto) la donna nel suo percorso e contemporaneamente si presuppone che ospedali periferici, di primo livello e di modeste proporzioni siano più abituati a trattare la fisiologia rispetto agli ospedali più grandi, in cui vengono solitamente seguite anche le patologie. Perché, dunque, l'indicatore che per eccellenza denota un eccesso di medicalizzazione è spesso elevato in tali strutture? Secondo gli esperti e i professionisti intervistati ciò è da ricondurre spesso ad aspetti logistico-organizzativi: per esempio, l'impossibilità di rendere tempestivamente disponibile un professionista (per esempio, un anestesista) nel momento di un'urgenza può procurare un senso di insicurezza nell'organizzazione stessa di un servizio e nella gestione di un eventuale rischio; tanto che, in certi casi, si preferisce "programmare". Personalmente, non sono così convinta che la spiegazione "logistica" permetta di comprendere a

pieno questa situazione. Certo è che, dal mio punto di vista, per ridurre la medicalizzazione del parto e della nascita negli ospedali bisognerebbe proprio puntare sulle strutture più piccole, che possono garantire quell'assistenza personalizzata e continuativa difficilmente perseguibile nei grandi ospedali. Mi sembra, inoltre, troppo semplicistica l'affermazione che chi lavora in queste strutture abbia meno esperienza: abbia cioè «visto meno casistiche» e dunque sia meno preparato in caso di emergenza. Se uscissimo dall'ottica della «quantità dei casi» e abbracciassimo quella della «qualità» dell'accompagnamento al parto e alla nascita, lo sguardo sarebbe del tutto diverso. Non dimentichiamo, infine, che i percorsi in cui l'intervento medico dovrebbe essere ridotto sono quelli fisiologici, a basso rischio: proprio quelli a cui è preposto un ospedale di primo livello (come di solito sono quelli con un numero di parti inferiore ai 500).

Fattore direzionale. Si intende con questa definizione l'autorità, ancora indiscussa in Italia, di chi dirige un reparto o un dipartimento e dunque propone e impone un modello assistenziale di insieme ai suoi colleghi. Nel caso di una dirigenza prettamente volta alla patologia e poco abituata a confrontarsi con la fisiologia del parto, l'intero staff seguirà in qualche modo quella direzione. Si aggiunga a questo aspetto anche il fatto che, in molti reparti di ostetricia, il coordinamento (la «caposala», per intenderci) è ancora troppo spesso affidato a figure sanitarie differenti dall'ostetrica, per esempio a un'infermiera.

Fattore culturale e volontà delle donne. Per fattore culturale intendo un insieme di elementi che costituiscono il contesto in cui si creano e legittimano le idee e le rappresentazioni, così come si costruiscono le pratiche e i comportamenti quotidiani. Mi riferisco, in generale, alla concezione che la collettività nel suo complesso ha nei confronti di un determinato evento, in questo caso il parto: come lo interpreta, che valore gli attribuisce, come pensa debba essere trattato, da chi, dove ecc. In merito al taglio cesareo, in alcuni casi è presente l'idea che tale intervento (in cui non si sente dolore e si può programmare la nascita del bambino) costituisca in qualche modo una «conquista della modernità». Si tratta cioè di una modalità di partorire che «libera» la donna da un processo faticoso e doloroso.

so a cui la natura l'ha in qualche modo costretta²⁵. Oppure, in termini più generali, che un parto altamente medicalizzato sia *a priori* più sicuro (controllabile²). Sono idee spesso presenti nelle donne e nelle coppie che optano per un cesareo elettivo in strutture private altamente tecnologiche. Altri elementi che possono in qualche modo incidere sulla scelta di un cesareo elettivo possono essere le paure (cosce o inconscie) di affrontare un evento così complesso (paura del parto, paura del dolore, paura causata da un'esperienza previa negativa, ecc.). Anche in questo caso bisognerebbe chiedersi come e perché tali rappresentazioni vengano costruite e introiettate dalle future mamme e dai futuri papà, come, eventualmente, possano essere risolte prima del parto²⁶, e quanto pesino messaggi impliciti ed espliciti elaborati socialmente che rimandano a un modello medicalizzato e meccanizzato di vita (non solo di quella riproduttiva) a cui siamo perennemente esposti²⁷.

Fattore socio-demografico. L'età in cui le donne hanno figli (molte oltre i 35 o i 40 anni) e il minor numero di figli per donna sono fattori che, nel discorso medico, vengono associati alla maggiore necessità di ricorrere a un parto chirurgico. Il dato demografico, però, non esime da riflessioni. Secondo il rapporto Euro-Peristat (Euro-Peristat, 2010), nei Paesi in cui la percentuale delle madri in età avanzata (35 anni o più) è maggiore (Italia, Portogallo, Paesi Bassi e Finlandia) si presentano, paradossalmente, sia i più alti tassi di cesareo a livello europeo (Italia e Portogallo), sia i più bassi (Paese Bassi e Finlandia). Evidentemente, una concomitanza di fattori concorre a rendere maggiormente praticato l'intervento chirurgico in alcuni contesti piuttosto che in altri, ben al di là del dato demografico.

La coesistenza di più fattori che incidono nell'elevato ricorso all'intervento chirurgico durante il parto è presente in tutti i contesti, anche in Italia. All'elenco appena presentato sicuramente i diversi specialisti (economisti, demografi, medici, politici, sociologi, ecc.) sarebbero in grado di aggiungerne altri, secondo la propria prospettiva d'osservazione. La questione rimane, comunque, aperta e rappresenta uno dei grandi tabù collettivi dal cui dibattito le donne e la società civile in generale sono prevalentemente esclusi.

Tabella n. 6. Percentuale di parti cesarei sul totale dei parti. Dati regionali (fonte: Boldrini, Di Cesare, Tamburini, 2010).

Percentuale di Parti Cesarei sul totale dei parti - Anno 2009	
Regione	Valore %
Abruzzo	43%
Basilicata	45%
Prov. Auton. Bolzano	25%
Calabria	44%
Campania	59%
Emilia Romagna	29%
Friuli Venezia Giulia	23%
Lazio	42%
Liguria	36%
Lombardia	29%
Marche	33%
Molise	41%
Piemonte	30%
Puglia	47%
Sardegna	37%
Sicilia	52%
Toscana	23%
Prov. Auton. Trento	27%
Umbria	32%
Valle d'Aosta	26%
Veneto	29%
Totale	38%

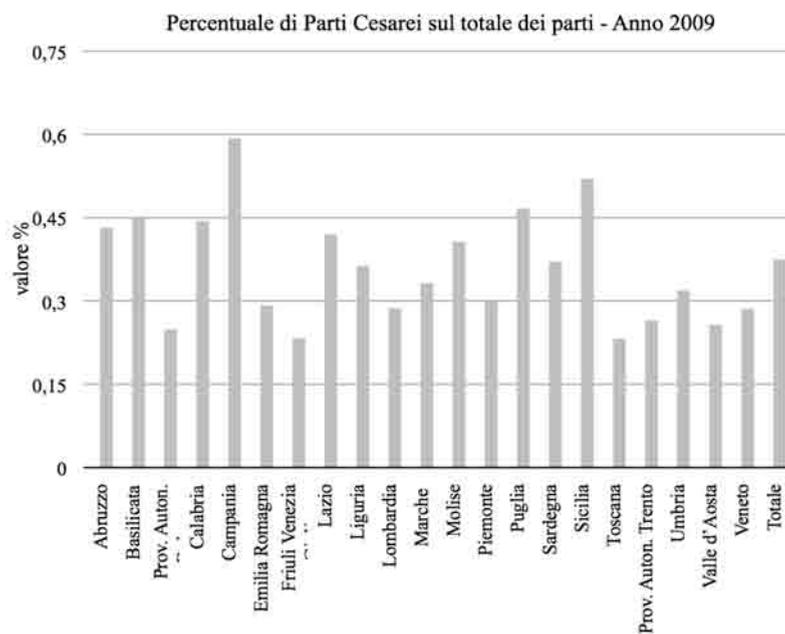


Tabella n. 7. Percentuale di parti cesarei sul totale dei parti. Dati regionali (fonte: Boldrini, Di Cesare, Tamburini, 2010).

Note

¹ L'elevato tasso di taglio cesareo in Italia è un tema complesso e multicausale, che sarà ripreso a fine capitolo. Ritengo importante però fin d'ora rilevare le notevoli differenze regionali, che non possono rimandare in maniera esclusiva a fattori clinici: in Campania e in Sicilia si registrano i tassi più elevati (rispettivamente del 59,6% e del 52,6%), mentre quelli più bassi si registrano nella Provincia autonoma di Bolzano con il 23,8% e in Toscana con il 23,6%. (Boldrini, Di Cesare, Tamburini, 2010).

² Le recenti linee guida sulla gravidanza fisiologica ne raccomandano due, da effettuarsi nei primi due trimestri (Ministero della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Centro per la valutazione dell'efficacia dell'assistenza sanitaria, 2010).

³ Il tasso di episiotomia varia nei Paesi europei da 9,7% in Danimarca a 16,2% in Inghilterra, fino al 63% in Belgio (Euro-Peristat, 2008).

⁴ I LEA sono le prestazioni e i servizi che il Servizio Sanitario Nazionale è tenuto a fornire a tutti i cittadini, in modo gratuito o attraverso il pagamento di una quota di partecipazione (ticket).

⁵ L'Associazione Scientifica Andria si occupa dell'appropriatezza dell'assistenza alla salute delle donne cfr. www.associazioneandria.it.

⁶ L'elenco qui presentato è in parte frutto di mia sintesi rispetto al documento ufficiale, consultabile sul sito dell'Associazione Andria www.associazioneandria.it.

⁷ Il protocollo riguarda gli esami di laboratorio e di diagnostica concessi gratuitamente dal SSN alle donne in stato di gravidanza.

⁸ Lo streptococco B è normalmente presente nella vagina e nel basso intestino del 15-20% delle donne sane. Anche se raramente (2-5 casi su 1000 nati da madre portatrice) questo germe sembra comunque essere il principale responsabile di serie infezioni nel neonato che può venire a contatto con il microorganismo attraverso il canale del parto. Per questo motivo la donna in gravidanza viene sottoposta ad un tampone vaginale e/o rettale intorno alla ventottesima settimana. Se l'esito è positivo il protocollo ospedaliero prevede la somministrazione di una profilassi antibiotica alla madre durante il parto.

⁹ Tali strutture corrispondono a quelle che in questo lavoro sono state definite "centri nascita intraospedalieri". Le case maternità autonome rispetto alle strutture sanitarie sono chiamate in Gran Bretagna *free-standing birth centres*.

¹⁰ Il CedAp è stato istituito con decreto ministeriale nel 2001. È un documento che deve essere compilato per ogni parto, non oltre il decimo giorno dalla nascita, dal personale sanitario che ha assistito all'evento o dal medico responsabile dell'unità operativa in cui è avvenuto. Nel caso di nascita avvenuta a domicilio o in struttura diversa da un istituto di cura pubblico o privato, il certificato originale cartaceo deve essere consegnato dall'ostetrica/o o dal medico che ha assistito il parto all'azienda sanitaria di riferimento, sempre non oltre il decimo giorno dall'evento nascita. Periodicamente la documentazione viene inviata in via telematica alla regione, che ogni sei mesi la invierà a sua volta al Ministero della Salute; copia della documentazione viene anche inviata all'ISTAT.

¹¹ Il tasso di fecondità totale è la somma dei tassi specifici di fecondità. Il tasso specifico di fecondità all'età X è il rapporto tra numero di nati vivi da donne di età X e l'ammontare della popolazione residente femminile (in età feconda 15-49) della stessa età per 1.000.

¹² Il tasso di natalità corrisponde al numero di nati vivi ogni 1.000 residenti.

¹³ Nell'ambito del processo di riorganizzazione delle reti ospedaliere, le *Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo* (Accordo del 16 dicembre 2010 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano) hanno fissato la soglia di almeno 1.000 parti/anno quale parametro standard cui tendere per il mantenimento/attivazione dei punti nascita, riconducendo a due i precedenti tre livelli assistenziali definiti dal Progetto Materno-infantile - D.M. 24 aprile 2000.

¹⁴ Il dato esclude i parti cesarei.

¹⁵ L'indice di Apgar (dal nome dell'anestesista statunitense che lo introdusse negli anni Cinquanta, Virginia Apgar) consiste nel valutare la vitalità e le funzioni primarie del bambino nei primi minuti dopo la nascita. I parametri di riferimento sono il battito cardiaco, la capacità respiratoria, i riflessi neurologici, il tono muscolare, il colorito di pelle e mucose di bocca e unghie. Per ogni parametro viene assegnato un valore da 0 a 2. L'indice complessivo varia pertanto da 0 a 10: tra 7 e 10 punti le condizioni del neonato e il suo adattamento con l'ambiente esterno sono considerati nella norma.

¹⁶ La mortalità infantile è quella relativa al primo anno di vita ogni mille nati vivi. Negli ultimi 10 anni il tasso è in diminuzione su tutto il territorio italiano, anche se negli anni più recenti si assiste ad un rallentamento di questa tendenza. Permangono, inoltre, notevoli differenze territoriali. Il tasso di mortalità neonatale rappresenta la mortalità entro il primo mese di vita e contribuisce per oltre il 70% alla mortalità infantile. I decessi nel primo mese di vita sono dovuti principalmente a cause cosiddette endogene, legate alle condizioni della gravidanza e del parto o a malformazioni congenite del bambino. La mortalità nel periodo postnatale è invece generalmente dovuta a fattori di tipo esogeno legati alla qualità dell'ambiente igienico, sociale ed economico in cui vivono la madre e il bambino.

¹⁷ «Caesarean sections are now performed for over one-quarter of live births on average across OECD-Organization for Economic Co-operation and Development countries. The rate has increased by over 75% over the past two decades among the group of countries that have such long time series (rising from less than 150 caesarean sections per 1 000 live births in 1990 to over 250 in 2009). The highest crude rates of caesarean sections in 2009 were observed in Turkey and Mexico (more than 420 per 1 000 live births) followed by Italy (384 per 1000 live births) and the lowest in the Netherlands, Finland and Iceland (less than 160 per 1 000). Age-standardised rates have been computed for a sub-set of 17 countries, and this does not change by much the country ranking or the variations: the highest rate (Italy) remains 2.4 times higher than the lowest (Iceland)» (McPherson, Gon, Scott, 2013: 8).

¹⁸ Si ha placenta previa quando la placenta si trova davanti alla parte di presentazione fetale (testa, spalle, podice). Si ha placenta accreta quando la placenta è così aderente all'utero da non riuscire a staccarsi dopo il parto. In entrambi i casi vi è il rischio di emorragia per la donna.

¹⁹ Lauria, Lamberti, Buon Cristiano *et al.*, 2012.

²⁰ DRG è l'acronimo di *Diagnosis Related Group* o Raggruppamenti omogenei di diagnosi e indica un sistema di classificazione delle dimissioni ospedaliere e di relativo finanziamento delle prestazioni offerte, nato negli Stati Uniti e utilizzato in vari Paesi, tra cui l'Italia.

²¹ Si veda a questo proposito il n. 73 della rivista «Donna & Donna. Il Giornale delle Ostetriche».

²² È interessante, per esempio, menzionare la classificazione coniata da Robson nel 2001, che permette di analizzare la frequenza del taglio cesareo per gruppi di donne ben definite. Tale classificazione identifica gruppi di donne mutuamente esclusivi e totalmente inclusivi sulla base di parametri ostetrici quali per esempio la presentazione fetale (cefalica, podalica, trasversa e obliqua); la parità (nullipara, multipara con o senza cicatrice uterina); il numero di feti; il travaglio (spontaneo, indotto, taglio cesareo prima del travaglio) e l'età gestazionale.

²³ Ho avuto conferma di questo processo anche di recente (2016), discutendo con le allieve ostetriche del Corso di Laurea in Ostetricia dell'Università degli Studi di Udine durante il corso di discipline demo-etnoantropologiche, da me tenuto.

²⁴ Come vedremo nel caso dei Paesi Bassi.

²⁵ Si tratta di una rappresentazione presente anche in merito all'analgesia peridurale, anch'essa in crescita costante nel nostro Paese.

²⁶ A proposito del supporto offerto dalle ostetriche libere professioniste, cfr. il capitolo sei.

²⁷ In merito alle motivazioni che conducono le donne e le coppie a preferire un cesareo elettivo o a considerarlo la migliore opzione per la nascita, cfr. Bewley, Cockburn, 2002; Habiba, Kaminski, Da Frè *et al.*, 2006; Regalia, Bestetti, 2010. Rispetto al ruolo dei media, cfr. Brigidi, 2014.

Il parto non ospedaliero in Europa

I dati e le specificità nazionali

A livello europeo vi sono almeno due disposizioni a tutela della libertà di scelta di chi opta o desidera optare per un parto a domicilio o in casa maternità. La prima risale al 1988, la seconda al 2010:

- 1988. Il Parlamento Europeo con la risoluzione A2-38/88 delinea la *Carta Europea dei diritti della Partoriente* che considera tra i diritti della partoriente l'assistenza adeguata qualora venga scelto il parto a domicilio, compatibilmente con le condizioni psicofisiche della partoriente e del nascituro e con le condizioni ambientali.
- 2010. La Corte Europea per I Diritti Umani di Strasburgo stabilisce, nel caso di *Ternovszky contro l'Ungheria* che «il diritto al rispetto della vita privata include anche il diritto di scegliere le circostanze in cui avere il proprio parto» (sentenza n. 67545/09 del 14.12.2010).

Ciò nonostante, come vedremo meglio in seguito, partorire in una struttura sanitaria rappresenta ancora nella maggioranza dei Paesi europei una non scelta. In molti casi si tratta dell'unico percorso non solo praticabile, ma anche immaginabile. Il parto non ospedaliero è infatti spesso inaccessibile, sia dal punto di vista economico (essendo nella maggioranza dei casi un servizio disponibile solo a pagamento) che socioculturale: la maggioranza delle donne non sa che in molti Paesi europei vi sono norme, protocolli, professionisti, evidenze scientifiche che – ai diversi livelli – se ne occupano e donne che ne usufruiscono.

La mancanza di informazione rende il tema del parto in casa o, in termini più generali, in un luogo diverso dall'ospedale, un argomento rimosso dal dibattito culturale e dalla vita sociale. Anche quando – in taluni casi – tale tema riesce ad emergere o riemergere (per esempio per un fatto di cronaca) la percezione generale rimanda all'idea di una pratica antiquata, rischiosa e, soprattutto, senza senso in una società che può permettersi la migliore tecnologia e la migliore assistenza medica. In rare occasioni viene specificato, invece, che la migliore tecnologia e la migliore assistenza medica sono necessarie nel momento in cui ci si ammala e non nel momento in cui si è nel pieno delle energie, come quando si porta avanti una gravidanza in salute. Quasi mai, poi, ci si sofferma sulle numerose risorse di cui le donne sono da sempre dotate e a cui possono attingere per assicurarsi un buon parto, a prescindere dalla tecnologia disponibile solo da pochi decenni.

Per questi e altri motivi che emergeranno in seguito, il parto non ospedaliero interessa, nei Paesi post-industrializzati, un numero limitato di donne: una nicchia come spesso affermano le ostetriche e i professionisti della salute che ho interpellato. Un interrogativo trasversale alla mia ricerca è se questo esiguo numero di donne che cercano una modalità di assistenza diversa rispetto a quella ospedaliera sia in qualche modo la diretta conseguenza del processo di medicalizzazione crescente in cui tutti siamo coinvolti. Sempre più bisognosi di sofisticate tecnologie, di medici onnipotenti e di pillole magiche abbiamo introiettato l'autorevolezza della biomedicina nella nostra pratica quotidiana: un dispositivo di potere che controlla non solo le nostre vite, ma anche la possibilità di praticare delle alternative situate al di fuori del suo perimetro paradigmatico.

Secondo il rapporto Euro-Peristat, nei Paesi europei il parto a domicilio riguarda in media una percentuale di nascite che si situa al di sotto dell'1% (Euro-Peristat, 2010, tabella n.7). Percentuali superiori si incontrano in Galles (3,7%), Inghilterra (2,7%), Islanda (1,8%), Scozia (1,4%), Austria (1,3%), Danimarca (1,2%) e Fiandre (1,1%). L'unica eccezione rilevante rispetto a questi dati è costituita dai Pae-

si Bassi, con un tasso di parti a domicilio che superava il 30% nello scorso decennio (De Vries, 2004) e che si attesta attualmente al 16,3%. A tale percentuale vanno aggiunte le case maternità o *birth centres*¹. Nei Paesi Bassi ve ne sono 26 e raccolgono l'11,3% dei parti. In totale, dunque, in questo Paese il 27,6% delle donne opta per un parto in un luogo diverso dall'ospedale. In Svizzera – altro Paese in cui le case maternità sono piuttosto diffuse – i *birth centres* sono circa una ventina (1,5% delle nascite) e concorrono – insieme allo 0,7% di donne che partorisce in casa – alla percentuale di parto non ospedaliero nel Paese, pari al 2,2%.

Tabella n. 8. Parto non ospedaliero nei Paesi europei (fonte: Euro-Peristat, 2010).

Paesi	Parti Totali	Parto a domicilio (% sul totale dei parti)	Altro luogo non ospedaliero (% sul totale dei parti)
Austria	78.989	1.3	-
Belgio			
Bruxelles	25.097	0.5	-
Fiandre	67.976	0.1	-
Vallonia	38.430	0.4	-
Cipro (2007)	8.602	0.0	-
Danimarca	63.504	1.2	-
Estonia	15.884	0.6	-
Finlandia	44.267	0.0	0.2
Francia	14.893	0.0	-
Germania	637.664	0.0	-
Grecia	-	-	-
Irlanda	75.595	0.3	0.3
Islanda	4.903	1.8	-
Italia	546.520	0.1	-
Lettonia	19.246	0.6	0.6
Lituania	30.977	0.1	0.2
Lussemburgo	6.440	0.1	-
Malta	4.036	0.2	-
Norvegia	62.594	0.5	0.4
Paesi Bassi	177.192	16.3	11.4

Polonia	402.826	-	-
Portogallo	100.194	0,1	12,0
REGNO UNITO			
Inghilterra	621.661	2,7	0,6
Scozia	58.264	1,4	-
Irlanda d. Nord	25.313	0,4	0,1
Romania	-	-	-
Slovacchia	-	-	-
Slovenia	21.997	-	0,1
Spagna			
Valencia	51.785	0,1	0,1
Svezia	115.135	0,1	0,0
Svizzera	79.551	0,7	1,5
Ungheria	-	-	-

Nel resto del mondo industrializzato le percentuali sono simili: l'1% negli Stati Uniti e in Giappone, il 2-3% in Canada, il 2% in Australia e in Nuova Zelanda. Nelle province canadesi dell'Ontario, British Columbia, Saskatchewan, Manitoba, Alberta e Quebec, in Australia e in Nuova Zelanda sono presenti politiche pubbliche che sostengono il parto in casa: dall'erogazione diretta del servizio al rimborso economico dei costi per le famiglie che optano per un'ostetrica privata. Negli Stati Uniti si riscontrano differenze notevoli nei singoli stati. Ciò riguarda non solo il parto a domicilio, ma anche la professione ostetrica. Le cosiddette *direct-entry midwives* o la *certified professional midwives* sono considerate legali in appena ventisette stati su cinquanta, nonostante siano presenti e operino in tutto il Paese. Sono invece legali in tutti i cinquanta stati le cosiddette *certified nurse midwives*, che vantano una formazione infermieristica del tutto medicalizzata (Cheney, 2010).

Come elemento di confronto puramente numerico rispetto all'assistenza domiciliare riporto, seppur nei limiti di un dato non esaustivo, la tabella presentata nel documento *Having a Baby in Europe* nel 1985 (WHO, 1985a).

Per quanto riguarda i dati odierni, possiamo supporre che non rappresentino il numero reale dei parti non ospedalieri nei vari Paesi, ma un numero “realistico”, riferibile cioè ad una presenza pari almeno alla percentuale indicata. Per diversi motivi nei differenti Paesi, infatti, la rilevazione è numericamente sottostimata. Come si evince dalla tabella n. 7, molti Paesi europei non hanno fornito dati in merito. Ciò, però, non significa che il parto a domicilio e in casa maternità sia inesistente in quei contesti. Il caso della Spagna è emblematico: il team di ricerca che ha lavorato al rapporto Euro-Peristat non è in possesso di dati al riguardo, ma in altre occasioni il parto non ospedaliero è stato stimato in Spagna con una percentuale dell'1% (Emons, Luiten, 2001). Anche il mio lavoro sul campo dimostra come i parti non ospedalieri siano ben presenti, soprattutto in Catalogna e nell'area della capitale Madrid.

Tabella n. 9. Percentuali di parti non ospedalieri sul totale dei parti nel 1985 (fonte: WHO, 1985a).

Paese	Anno	Parto a domicilio (% sul totale dei parti)
Canada	1972-1974	3
Danimarca	1979	0,5
Francia	1981	0,5
Germania Federale	1981	1
Paesi Bassi	1980	35,4
Svezia	1981	< 1
Unione Sovietica	1981	< 1
Regno Unito	1979	1,4
Stati Uniti	1981	2-3
Yugoslavia	1972	29

In molti Paesi in cui la raccolta dei dati si basa sulle degenze ospedaliere i parti in casa non sono inclusi (Euro-Peristat, 2010). Inoltre, in alcuni Stati – come in Portogallo e nel Regno Unito – l'assistenza privata non viene conteggiata nelle statistiche ufficiali e dunque una quota di parti non ospedalieri rimane altrettanto esclusa.

Altri problemi riguardano la tipologia di rilevazione. Nel Regno Unito, per esempio, per i parti seguiti in regime pubblico (registra-

ti nel registro civile) l'informazione in merito all'intenzione iniziale della donna di partorire in casa (*planned home birth*) prima di un eventuale trasferimento in ospedale è mancante. In altri casi, non esiste un registro nazionale che rilevi i parti non ospedalieri (come in Spagna). Oppure, anche quando la rilevazione è prevista, non sempre i dati giungono a destinazione. È ciò che succede in Italia, dove tutti i parti dovrebbero confluire nel CedAP, che rileva anche il luogo del parto. Come abbiamo visto, secondo il D.M. n. 349 del 16 luglio 2001, ogni ostetrica o medico che assiste al parto (indipendentemente dal luogo in cui questo avviene) ha l'obbligo di compilare un certificato e di spedirlo/consegnarlo all'osservatorio epidemiologico dell'Azienda sanitaria o dell'Osservatorio regionale preposto (se esistente), che lo invierà al Ministero della salute. Le criticità accertate in merito alla compilazione di questo strumento evidenziano la sottostima del numero di parti a domicilio nel nostro Paese. Da una parte: «molte ostetriche non sanno dove inviare i certificati» (*Libere di Scegliere*, 2012: 15); dall'altra: «alcune regioni (Lazio e forse altre) nel trasformare il certificato cartaceo in digitale hanno omissso la possibilità di segnalare il parto come extraospedaliero. Ciò altera i dati a livello statistico». (*ibidem*, 2012: 15). In altre occasioni, i dati sono incongruenti e non permettono di attestare in maniera indubbia il luogo del parto (Baroncini, Basevi, Battaglia *et al.*, 2012).

In generale, nei diversi Paesi, l'assistenza domiciliare è affidata all'ostetrica appartenente al servizio sanitario nazionale e/o privata. Servizi pubblici di assistenza al parto domiciliare sono presenti solo in alcuni Stati: Gran Bretagna, Paesi Bassi, Danimarca, Norvegia e Austria. In quest'ultimo Paese il parto a domicilio, le visite domiciliari durante la gravidanza e una visita al giorno durante i cinque giorni dopo il parto sono coperti economicamente dal SSN; il parto a casa può essere effettuato sia da una ostetrica pubblica che privata con un rimborso da parte dello Stato, in quest'ultimo caso, dell'80% del costo. In Svezia il parto a domicilio è coperto dal servizio sanitario nazionale solo nella regione di Stoccolma (la più popolata) e solo per un secondo parto; i costi di un primo parto a casa sono a carico delle famiglie. In Italia il servizio pubblico

è presente solo in due regioni: Emilia Romagna e Piemonte. In Francia il parto a domicilio è coperto dal servizio sanitario nazionale che rimborsa alla famiglia i costi dell'assistenza privata. Per quanto riguarda i Paesi non europei, nella regione dell'Australia Occidentale dal 2007 il parto domiciliare viene offerto dal servizio sanitario nazionale mentre in altri Stati è previsto il rimborso per l'assistenza privata (Catling-Paull, Fourer, Homer, 2012).

Anche in Canada la situazione è diversa secondo le regioni: il parto a domicilio è disponibile in regime pubblico nelle provincie di Ontario, British Columbia, Saskatchewan, Manitoba, Alberta e Quebec (Janssen, Lee, Ryan *et al.*, 2002; Hutton, Reitsma, Kaufman, 2009). Servizi essenzialmente privati sono presenti in Svizzera, in Spagna, in Germania, in Finlandia, in Italia e, fuori dall'Europa, negli Stati Uniti.

A prescindere dalla tipologia di erogazione (pubblico o privato) e dai diversi Paesi, vi sono delle caratteristiche comuni nell'assistenza domiciliare. Un primo elemento condiviso è l'importanza della cosiddetta "selezione" della donna. Seppur i parametri specifici a volte cambino di Paese in Paese o di protocollo in protocollo, in generale le donne che richiedono l'assistenza domiciliare al parto devono essere in salute, così come i loro bambini. Si tratta nella terminologia medico-ostetrica di gravidanze "a basso rischio" e/o "senza complicazioni". Ciò significa che non deve essere presente alcuna patologia significativa pregressa alla gravidanza (per la madre) e nessuna patologia o anomalia sviluppata in corso di gravidanza (per la madre e il bambino): si tratta di condizioni *sine qua non* il parto domiciliare viene effettuato in tutti i Paesi. Elementi più specifici, per esempio, l'assistenza alle donne con streptococco positivo, possono invece variare in maniera più o meno significativa nei diversi Paesi. Una seconda caratteristica comune importante è la continuità dell'assistenza. In un parto non ospedaliero l'ostetrica che si prende in carico la donna in gravidanza la segue durante tutto il percorso; elemento che contribuisce alla costruzione del concetto di "sicurezza" da ambo le parti e sulla cui importanza ritornerò in seguito.

Prima di entrare nel merito delle peculiarità del parto non ospedaliero in Italia vorrei soffermarmi proprio sulla tanto dibattuta questione della sicurezza del parto domiciliare e in casa maternità, terreno di confronto per eccellenza su cui si situa la disputa tra detrattori e difensori di questa modalità di assistenza.

Il parto in casa è sicuro? Le evidenze scientifiche

Come ho rilevato nel capitolo precedente, già nel 1985 l'OMS riconosce l'importanza di demedicalizzare la nascita e sottolinea la bontà del parto a domicilio, qualora esistano le condizioni complessive di sicurezza (WHO, 1985b).

A partire da quella data, diversi sono stati gli studi scientifici (meta-analisi, revisioni sistematiche della letteratura, studi osservazionali, prospettici, randomizzati, ecc.) che hanno cercato di descrivere e analizzare il parto non ospedaliero e di compararlo con quello ospedaliero. La maggioranza delle ricerche si concentra sulla sicurezza, sugli esiti del parto e sulla qualità e quantità di interventi adottati nei differenti contesti.

In generale, ciò che evidenziano questi studi è che nei Paesi industrializzati il parto non ospedaliero risulta essere una modalità sicura, sia per la mamma che per il bambino e, anzi, in alcuni casi rappresenta addirittura una modalità più sicura in termini di minor interventi non necessari. Tale affermazione è corroborata già nella prima meta-analisi disponibile sull'argomento, pubblicata nel 1995 nella *Cochrane Library* (Olsen, 1995). Tale analisi indica che non vi sono differenze statistiche per quanto riguarda la mortalità tra parti a domicilio pianificati e parti ospedalieri pianificati. Nei parti a domicilio gli interventi medici sono minori, così come le lacerazioni severe, le nascite operative e gli indici di Apgar bassi. La meta-analisi di sei studi osservazionali controllati con gli esiti perinatali di 24.092 gravidanze selezionate e a basso rischio ha prodotto, per esempio, i seguenti risultati: mortalità perinatale che non differisce fra parto in casa e parto in ospedale e frequenza supe-

riore di punteggio di Apgar basso e di lacerazioni perineali nel gruppo delle nascite non domiciliari (Olsen, 1997). Tali risultati vengono confermati anche dalla revisione sistematica della letteratura sulla sicurezza nel parto in casa e in *birth centers* effettuata da Romano (Romano, 2007) che rivela esiti perinatali simili nella nascita ospedaliera e non ospedaliera, ma minori interventi in quest'ultima. L'ultima revisione sistematica della *Cochrane Library* (Olsen, 2012; Cochrane Database, 2013) conferma tali indicazioni: nelle gravidanze normali non vi è differenza nella mortalità materna e neonatale in relazione al luogo del parto (casa *vs* ospedale). Anzi, vi sono alcuni vantaggi proprio nel parto in casa. Il tasso di complicazioni materne, infatti, è più basso tra le donne che scelgono di partorire nel proprio domicilio (dal 10% al 30% in meno) e il tasso di interventi, come il taglio cesareo, è dal 20% al 60 % inferiore. Risultati simili emergono da studi prospettici, retrospettivi e descrittivi che si sono susseguiti nel corso degli anni (Hodnett, 2003; Center for Chronic Disease Control and Prevention and International Federation of Gynecology and Obstetrics, 2005; Zielinski, Ackerson, Kane, 2015). A titolo esemplificativo della vasta letteratura ormai accessibile sull'argomento, ne presenterò brevemente alcuni, per anno di pubblicazione²:

- 2016. Lo studio retrospettivo di Bolten, de Jonge, Zwagerman *et al.* effettuato nei Paesi Bassi su 3495 donne a basso rischio, assistite tra il 2009 il 2010 in una *midwife-led care* all'inizio del travaglio dimostra che le donne che hanno pianificato un parto in casa partoriscono spontaneamente in modo maggiore rispetto a quelle che hanno partorito in ospedale: gli interventi sono inoltre minori.
- 2013. Lo studio di Jonge, Mesman, Mannien *et al.* effettuato nei Paesi Bassi comparando i dati del *Netherlands Perinatal Registry* relativi a 223.739 donne con gravidanza fisiologica (2004-2006) assistite in una *Midwife-Led* a gestione ostetrica *vs* una *Obstetrician-Led Care* a gestione medica mostra come non vi siano evidenze scientifiche per supporre che, in presenza di un buon sistema di selezione delle donne e di integrazione dei servizi, l'assistenza esclusivamente ostetrica sia meno sicura di quella medica.

- 2011. Lo studio retrospettivo di Van der Kooy, Peoran, de Graff, Birnie *et al.*, 2011) prende in considerazione 679.952 donne a basso rischio presenti nel *Netherlands Perinatal Registry* (2000-2007) per comparare i tassi di mortalità neonatale precoce (0-7 giorni dopo la nascita) e intrapartum nelle donne che hanno pianificato un parto a casa e in quelle che hanno pianificato una nascita in ospedale assistita da ostetrica. I risultati mostrano un rischio decrescente di mortalità intrapartum e neonatale precoce nel parto a casa.
- 2011. Lo studio prospettico condotto in Inghilterra tra il 2008 e il 2010 dal *Birthplace in England Collaborative Group* compara gli esiti e gli interventi materni e perinatali in 64.538 donne a basso rischio con gravidanza a termine che hanno pianificato la nascita a domicilio, in *Free-standing midwifery birth centers*, in *Alongside midwifery units*³ e in unità ostetriche ospedaliere. Delle donne che hanno iniziato il travaglio in una unità ostetrica, il 20% ha avuto almeno una complicazione, ridotta negli altri *settings* al 7%; per le donne a basso rischio, accelerazione al parto, epidurale, analgesia spinale, analgesia generale, uso di forcipe o ventosa, cesareo, episiotomia sono stati più elevati in queste strutture che negli altri luoghi. Lo studio conclude che, per le donne in salute con gravidanza a basso rischio, l'incidenza di esiti perinatali avversi è bassa in tutti e quattro i contesti e supporta l'offerta multipla per le donne in salute a basso rischio nullipare e multipare, ossia la possibilità di decidere il *setting* della nascita.
- 2009. Lo studio retrospettivo di Jonge e colleghi (Jonge, Van Der Goes, Ravelli *et al.*, 2009) condotto su 529.688 donne olandesi a basso rischio assistite da ostetriche in *Primary Midwife-Led Care* compara mortalità e morbilità perinatale tra parto domiciliare pianificato (321.301 casi, 60.7%), parto ospedaliero pianificato (163.261 casi, 30.8%) e luogo di nascita non deciso (45.120 casi, 8.5%). Vengono utilizzate le statistiche nazionali. Nessuna differenza significativa è emersa tra domicilio e ospedale in merito a morte intrapartum, morte neonatale entro 24 ore e entro 7 giorni dopo la nascita o utilizzo di cure intensi-

- ve per il neonato. Gli autori concludono che il parto domiciliare in situazioni di basso rischio non è associato a tassi più alti di mortalità perinatale o a un incremento di utilizzo di terapie intensive rispetto all'ospedale.
- 2009. Tra gli studi prospettici, Janssen e colleghi (Janssen, Saxell, Page *et al.*, 2009) comparano gli esiti di 2802 nascite a casa assistite da un'ostetrica, 5984 nascite in ospedale, sempre assistite da un'ostetrica e 5985 nascite ospedaliere assistite da un medico. Lo studio riporta bassi e simili tassi di morte perinatale nei tre contesti e simili o ridotti tassi di esiti avversi nelle nascite a casa. Le donne che hanno pianificato un parto a domicilio subiscono minori interventi durante il parto, incluso analgesia epidurale e somministrazione di altri farmaci; soffrono meno emorragie e i loro bambini mostrano migliori condizioni alla nascita (minori casi di Apgar inferiore a 5). Lo studio mostra anche come lesioni e traumi al bambino (emorragia cerebrale, frattura della clavicola, lesioni al plesso brachiale) siano tre volte più frequenti nei parti in ospedale.
 - 2009. Lo studio retrospettivo di Kennars e colleghi (Kennars, Keirse, Tucker *et al.*, 2009) condotto nel Sud dell'Australia analizza tutte le nascite e le morti perinatali tra il 1991 e il 2006, insieme a 1141 nascite pianificate a casa (di cui il 30,6% si sono avute in ospedale) e 297.192 nascite pianificate in ospedale. Si analizzano gli esiti perinatali (morte perinatale, intrapartum, Apgar minore di 7 al quinto minuto, cure intensive al neonato) e gli esiti materni (parto operativo, emorragia post partum, trauma perineale ed episiotomia). I risultati mostrano un tasso di mortalità perinatale simile nel parto in casa e nel parto ospedaliero (4.6 *vs* 6.7 per 1000 rispettivamente). La mortalità fetale intrapartum è più alta nel gruppo parto in casa (1.8 *vs* 8 per 1000), sebbene, in numeri assoluti, risulti minima. Secondo lo studio i casi di morte intrapartum non sono necessariamente contingenti al luogo di nascita: delle 9 morti perinatali, 3 sono antepartum (dopo il trasferimento in ospedale, ma non associate all'assistenza prenatale), due sono attribuite ad anomalie

congenite fetali e quattro sono avvenute dopo il rifiuto dei genitori al trasferimento o al ritardo nel trasferimento o al rifiuto dei genitori all'intervento dopo il trasferimento. Queste morti potrebbero indicare una mancanza di integrazione delle ostetriche nel South Australia nel sistema sanitario o sottolineare una certa sfiducia da parte dei genitori negli ospedali. Il gruppo parto a domicilio ha più bassi tassi di cesarei, nascite operative ed episiotomie.

- 2008. Lo studio descrittivo di Amelink-Verburg e colleghi (Amelink-Verburg, Verloove-Vanhorick, Hakken-Berg *et al.*, 2008) valuta 280.000 casi di assistenza ostetrica in Olanda. Lo studio discute l'importanza della selezione per le donne che partoriscono in casa nel sistema ostetrico olandese e dimostrano che una selezione efficace porta a minimi trasferimenti di urgenza in ospedale e a un esito perinatale favorevole per i parti domiciliari.
- 2006. Lo studio retrospettivo condotto da Hutton e colleghi (Hutton, Reitsma, Kaufman, 2006) nella regione dell'Ontario, in Canada, utilizza i dati ministeriali per comparare gli esiti di tutte le donne che hanno pianificato un parto a casa tra il 2003 e il 2006 (6692 donne) con un equivalente campione di donne che hanno pianificato un parto in ospedale. Le donne che hanno pianificato un parto domiciliare hanno avuto un più basso tasso di cesareo, mentre la morbilità/mortalità neonatale è comparabile a quella delle donne a basso rischio che hanno pianificato un parto ospedaliero.
- 2005. Lo studio prospettico di Johnson e Daviss, condotto su donne statunitensi e canadesi con basso rischio ostetrico nell'anno 2000 (5418 nascite domiciliari pianificate assistite da ostetriche professionali certificate) mostra che il tasso di trasferimento in ospedale è del 12%, quello di cesareo del 3,7% e quello di mortalità neonatale di 1.7/1000. Lo studio conclude che il tasso di intervento è più basso nelle donne che hanno pianificato un parto in casa che in quelle a basso rischio che hanno partorito in un ospedale, a fronte di un simile tasso di morbilità e mortalità neonatale.

- 2002. Janssen e colleghi (Janssen, Lee, Ryan *et al.*, 2002) comparano tra il 1998 e il 1999 in British Columbia (Canada) gli esiti di 862 donne che hanno pianificato un parto a casa assistito da ostetriche con 571 parti assistiti in ospedale da ostetriche e 743 parti assistiti da medici. Le donne assistite a casa presentano una minore proporzione di interventi operativi in travaglio, esiti prenatali comparabili con i due gruppi assistiti in ospedale, ma con un lieve eccesso di mortalità perinatale e di necessità rianimatorie per il bambino. Non sono state riscontrate differenze sostanziali tra il gruppo domiciliare e ospedaliero rispetto alla mortalità perinatale, alla scala di Apgar ai 5 minuti, alla sindrome di aspirazione da meconio e al bisogno di cure specialistiche per il neonato.
- 2002. Lo studio di Schmidt e colleghi Abelsen e Øian (Schmidt, Abelsen e Øian, 2002) riguarda gli esiti a breve termine di tutti i travagli di parto iniziati in casa maternità in Norvegia nell'arco di due anni. Il campione ha incluso 1275 donne, 1% del totale dei parti registrati nel periodo dello studio. 1217 donne (95,5%) hanno partorito in casa maternità, mentre 58 donne (4,5%) sono state trasferite in ospedale durante il travaglio. Vi sono stati 57 (4,7%) trasferimenti di madre e neonato entro la prima settimana dopo il parto, periodo ultimo considerato nello studio. I parti operativi vaginali, comprensivi di tre casi di assistenza al parto podalico, sono stati 13 (1,1% delle donne). Si sono registrati 5 nati con punteggio di Apgar inferiore a 7 al quinto minuto (0,4%) e due morti (2 per 1000), entrambe in neonati con infezione da streptococco-emolitico gruppo B.
- 1999. Lo studio statistico di Schlenzka (Schlenzka, 1999) condotto in California tra il 1989 e il 1990 su 816.000 nascite a basso rischio rilevate dai certificati di nascita e dai documenti di dimissione ospedaliera mostra che non vi siano differenze tra la mortalità perinatale nelle nascite non ospedaliere e in quelle ospedaliere, con tassi di interventi ostetrici più bassi nel gruppo che ha partorito fuori dall'ospedale.
- 1997. Lo studio prospettico di Chamberlain, Wraight, Crowley sulle caratteristiche degli esiti dei parti domiciliari pianificati nel

Regno Unito e registrati dal *Royal Colleges of Obstetricians, Midwives, and General Practitioners* ha comparato 6044 nascite a domicilio con un gruppo ospedaliero a basso rischio. I risultati in merito a mortalità ed esiti perinatali non riscontrano differenze significative nella mortalità. Nel gruppo domiciliare si presentano in misura significativa minori interventi medici e complicazioni perinatali.

- 1996. Lo studio prospettico pubblicato nei Paesi Bassi (Wiegers, Keirse, Van der Zee *et al.*, 1996) riguardante 1836 donne con gravidanza a basso rischio – di cui 1140 con parto a casa pianificato e 696 con parto pianificato in ospedale – e basato sull'utilizzo di un indice riferibile al «massimo dei risultati con il minimo degli interventi» evidenzia come non vi sia relazione tra luogo di nascita e esiti perinatali nelle nullipare mentre nelle multipare risultano esserci migliori esiti perinatali nel parto in casa.
- 1996. Lo studio osservazionale pubblicato nel Regno Unito (*Northern Region Perinatal Mortality Survey Coordinating Group*, 1996) analizza i dati di 558.691 parti lungo un periodo di tempo di 14 anni (1981-1994). 2888 di questi parti appaiono registrati quali parti domiciliari. Lo studio dimostra come la mortalità perinatale nel gruppo che ha partorito a domicilio sia meno della metà della media di tutte le nascite, quelle ospedaliere incluse. La mortalità per nascite non pianificate a casa è invece di quattro volte più alta rispetto a tutte le nascite. La mortalità perinatale per donne registrate per il parto in casa è stata giudicata per la maggior parte non evitabile e non associabile al luogo di nascita. Ulteriori analisi comparative in merito al parto domiciliare pianificato e al parto ospedaliero hanno concluso che non vi sono differenze significative nei tassi di mortalità perinatale.
- 1996. Lo studio prospettico svizzero (Ackermann-Lieblich, Voegeli, Gunter-Witt, 1996) che compara 489 donne che hanno pianificato un parto a casa con 385 donne che hanno pianificato di partorire in ospedale evidenzia come, nelle prime, vi sia meno ricorso a procedure operative, interventi, lacerazioni e un Apgar maggiore nei neonati. Non si evidenziano differenze tra i

due gruppi in merito al peso alla nascita, alla condizione clinica del bambino o all'età gestazionale dei due gruppi. Non vi è differenza neanche rispetto alla mortalità.

- 1995. Lo studio di Anderson e Murphy del 1995 analizza gli esiti di 11788 parti in casa pianificati assistiti da infermiere-ostetriche certificate negli Stati Uniti dal 1987 al 1991. I risultati mostrano una mortalità perinatale molto bassa (0.9/1000, escludendo due anomalie congenite), l'adeguata preparazione delle professioniste nelle pratiche di rianimazione del neonato e in complicazioni materne. Gli autori concludono che, per le donne a basso rischio, il parto domiciliare pianificato assistito da personale qualificato è una alternativa sicura al parto ospedaliero.

Vi sono poi diverse ricerche di natura qualitativa, alcuni delle quali saranno riprese in seguito. In particolare risultano interessanti gli studi che analizzano l'ambiente favorevole presente in casa, la soddisfazione da parte delle donne e i motivi della loro scelta (Soderstrom, Stewart, Kaitell *et al.*, 1990; Wood, Cunningham, 1993; Hildingsson, Waldenstrom, 2003; Jannssen, Carty, Reime, 2006; Boucher, Bennet, McFarlin, Freeze, 2009; Janssen, Henderson, Vedam, 2009; Boucher, Bennet, McFarlin, Freeze, 2009; Lindgren, Radestad, Christensson *et al.*, 2010; Blix, 2011; Catling-Paull, Dahlen, Homer, 2011; Wood, Mignone, Hean *et al.*, 2016). Altri studi analizzano la percezione del rischio e della sicurezza da parte delle donne che optano per questa scelta e la qualità del puerperio dopo un parto in casa (Stramrood, Paarlberg, Huis In 't Veld *et al.*, 2011; Quattrocchi, 2014b). Vi sono poi ricerche che analizzano l'esperienza dal punto di vista delle donne, la loro sensazione di *empowerment* dopo un parto a domicilio (Lindgren, Erlandsson, 2010; Hadjigeorgiou, Kouta, Papastavrou *et al.*, 2012) e il ruolo del partner nella scelta di optare per un parto non ospedaliero (Hendrix, Pavlova, Nieuwenhuijze *et al.*, 2010). Ulteriori ricerche si concentrano maggiormente sull'esperienza delle ostetriche (Vedam, Stoll, Aaker *et al.*, 2009; Klein, Kaczorowski, Hall *et al.*, 2009) e sulla percezione collettiva in merito al parto domiciliare (Freeze, 2010).

Vi sono, infine, studi che si occupano delle politiche legate al parto non ospedaliero (Campbell, MacFarlane, 1994; Hafner-Eaton, Pearce, 1994; O'Brien-Pallas, Baumann *et al.*, 2001; Dahlen, Schmied, Tracy *et al.*, 2010; Vedam, 2012; De Vries, Buitendijk, 2012; Catling-Paull, Foureur, Homer, 2012; Quattrocchi, 2014a.) e del dibattito più ampio (politico, economico, etico, legale) che innesca questo tema (Torres, Hafner-Eaton, Pearce, 1994; Dimond, 2000; Kluka, Kuppermann, Little *et al.*, 2009; Walsh, 2010; Plante, 2011; De Vries, Buitendijk, 2012). In merito al rapporto costi-benefici risultano interessanti gli studi di Anderson, 1999; Schroeder, Patel, Petrou, 2008. Il dibattito scientifico è aperto e il tema del parto in casa è ancora largamente discusso nella comunità scientifica, soprattutto in termini di sicurezza. A volte il confronto si concentra su dati clinici altre sulla metodologia impiegata nel disegno o nella conduzione della ricerca. Per quanto riguarda gli studi che contrastano l'assistenza non ospedaliera, le accuse più diffuse riguardano in generale la non rappresentatività del campione utilizzato, a volte quantitativamente irrilevante.

A titolo esemplificativo delle dinamiche in atto cito la revisione sistematica di Wax, Lucas, Lamont e colleghi (2010) che, nel confronto tra parto ospedaliero e domiciliare, riporta esiti simili tra parto ospedaliero e domiciliare per la madre, ma un incremento tre volte superiore nella mortalità neonatale nel parto a domicilio. Si tratta di uno studio che viene ripreso spesso da coloro che contestano la sicurezza del parto non ospedaliero. Diversi autori hanno però rilevato significativi errori metodologici e statistici che potrebbero aver influito sui risultati e una contro-letteratura è ben presto emersa (Gyte, Newburn, Macfarlane, 2010; Keirse, 2010; Vedam, Schummers, Stoll, Fulton, 2012).

Per quanto mi riguarda, sono consapevole delle diverse posizioni in campo. Senza dubbio, la marginalità numerica ma anche simbolica (come alternativa alla normalità) del parto non ospedaliero rende difficile l'acquisizione di dati rappresentativi su larga scala così come di sufficienti finanziamenti per sostenere progetti di ricerca significativi e maggiore attenzione da parte della comunità scientifica più ortodossa.

Tale marginalità ha reso in questi anni il tema del parto non ospedaliero un terreno di non confronto e un'occasione mancata di dialogo costruttivo sui reali bisogni della mamma e del bambino, seppur a partire da posizioni diversificate. La mancanza di occasioni di confronto fomenta naturalmente la reciproca diffidenza tra chi possiede formazione ed esperienze differenti. Ancor più grave è la scarsa conoscenza delle evidenze scientifiche in merito a posizioni e punti di vista che si discostano dal proprio. Ritengo infatti che vi sia, da parte di molti medici e professionisti della salute che ritengono il parto in casa non sicuro, una mancanza di conoscenza della letteratura che – seppure esigua rispetto ad altre tematiche più appetibili – esiste, viene continuamente aggiornata ed è facilmente reperibile. D'altro canto, sono consapevole che quella stessa comunità scientifica ortodossa che spesso si chiude a riccio di fronte al cambiamento (temendo possibili destabilizzazioni di potere e di status), a volte, non riconosce nemmeno le evidenze scientifiche relative alle pratiche ostetriche standard di cui ho parlato nei capitoli precedenti e di cui l'OMS si fa portavoce ormai da anni. Il cammino, dunque, è ancora lungo e accidentato, nonostante siano plurimi i segnali che conducono a pensare che il parto non ospedaliero possa costituire davvero un'opzione assistenziale sicura ed efficace su ampia scala. Cito, per esempio, le recenti linee guida per l'assistenza durante il parto emanate dal *National Institute for Health and Care Excellence* (Nice, 2014), punto di riferimento per l'assistenza ostetrica in Gran Bretagna e tra gli istituti più accreditati che si occupano di salute pubblica a livello europeo. Vi si afferma, in maniera , che il parto in casa e in casa maternità è consigliabile per le donne a basso rischio che hanno già avuto figli in quanto, dalle evidenze scientifiche, risultano minori interventi durante il parto e minore probabilità di cesareo, a fronte di esiti per mamma e bambino che non differiscono da quelli ospedalieri (il rischio non aumenta).

In sintesi, a prescindere dalle particolarità dei singoli studi e delle peculiarità dei diversi Paesi, appare ormai evidente, per chi co-

nosce anche solo parte della letteratura sul tema, che per le donne in salute con gravidanza fisiologica il parto domiciliare rappresenta oggi – nei Paesi post-industrializzati – un’opzione sicura almeno quanto il parto in ospedale (in termini di morbi/mortalità materna e neonatale) e, in alcuni casi, addirittura più sicura del parto ospedaliero (in termini di minori interventi medico-operativi nei confronti della madre e migliori esiti neonatali per il neonato). La letteratura delinea anche come questa sicurezza venga conseguita: attraverso l’attenta selezione delle donne da parte delle ostetriche, l’integrazione dell’ostetrica che assiste a domicilio nel sistema sanitario complessivo, la formazione adeguata, la valorizzazione e l’autonomia della professione ostetrica, il coinvolgimento attivo della donna e della coppia a partire dai bisogni reali, e non da quelli indotti, l’ambiente favorevole e altri elementi ancora che analizzerò in dettaglio nei prossimi capitoli.

Note

¹ Nel rapporto Euro-Peristat le nascite in casa maternità a volte sono inserite nella categoria “altro”.

² Per una bibliografia aggiornata, si veda il lavoro di Vedam, Schummers, Stoll *et al.*, 2012 nel quale compaiono anche degli approfondimenti metodologici sui singoli studi.

³ Le prime corrispondono a quelle che in questo volume sono considerate “case maternità”, ossia strutture completamente separate da quelle sanitarie, le seconde ai centri nascita intraospedalieri.

Il parto non ospedaliero in Italia

Il contesto legislativo nazionale e regionale

Il parto non ospedaliero in Italia rimanda a tre opzioni:

- partorire a domicilio grazie all'assistenza di un'ostetrica in libera professione;
- partorire in casa maternità con l'assistenza di un'ostetrica in libera professione;
- partorire a domicilio con l'assistenza di un'ostetrica appartenente al SSN.

Prima di descrivere brevemente ciascuna di queste possibilità e di approfondire l'analisi di alcune di queste, ritengo necessario ricostruire il quadro legislativo normativo in cui tali servizi vengono attuati. Allo stesso tempo intendo ricostruire brevemente il percorso che ha dato vita più di trent'anni fa all'Associazione Nazionale Ostetriche Parto a Domicilio e casa maternità, organismo che ha riunito molteplici esperienze e professioniste attive nel nostro Paese.

È importante fin d'ora sottolineare che le tre opzioni non sono sempre presenti in maniera omogenea sul territorio nazionale. Pur essendo l'offerta di assistenza privata al parto a domicilio generalmente diffusa in ogni regione, non altrettanto avviene per le case maternità (solo cinque in tutto il Paese e concentrate al nord). Per quanto riguarda l'erogazione diretta da parte del SSN, il servizio è attivo attualmente solo in due regioni (Piemonte ed Emilia Romagna)¹.

A livello nazionale non vi è, tuttora, una legislazione vigente in materia di assistenza domiciliare e in casa maternità. Per quanto

riguarda queste ultime, nel 1995 il D.L. 509/1995 prevede in generale «l'attivazione di strutture che applichino le tecnologie appropriate previste dall'OMS alla preparazione e all'assistenza al parto», dentro le quali possono essere comprese le case maternità. Nel corso degli anni si sono susseguite alcune proposte di legge, che hanno iniziato il loro iter durante alcune legislature, ma che non hanno però trovato poi compimento. Nel 2001, per esempio, la deputata Alberta De Simone (in carica dal 1998 al 2006 quale esponente dei Democratici di Sinistra) propose una legge (disegno di legge n. 1192, 4 luglio 2001, Camera dei deputati) dal titolo *Norme per tutelare e promuovere il parto domiciliare e valorizzare la nascita*. Il disegno di legge propone di istituire il servizio di assistenza ostetrica domiciliare alla maternità da parte delle Unità Sanitarie Locali e delle Aziende Ospedaliere. Si dispone che le regioni disciplinino tale assistenza e si prevede che il parto a domicilio avvenga su libera scelta da parte della partoriente nel caso di gravidanza fisiologica. Nel testo si affronta, inoltre, il tema dell'assistenza postparto fino agli otto giorni dopo la nascita del bambino (con esplicito riferimento anche alla conduzione della propria casa, alla cura del neonato e di eventuali altri figli). La legge inizia con un eloquente: «Onorevoli colleghi! La gravidanza non è una malattia...». La proposta non ha trovato seguito, almeno nella sua formula iniziale. Nel 2006 su proposta del Ministro della Salute Livia Turco inizia l'iter parlamentare del D.L. *Norme per la tutela dei diritti della partoriente e la promozione del parto fisiologico e la salvaguardia della salute del neonato*. Il disegno di legge prevede una serie di azioni per un'assistenza alla nascita appropriata in modo da «favorire il parto fisiologico e ridurre il ricorso al parto cesareo», non si menziona però direttamente il parto a domicilio o le case maternità. Viene poi redatto un testo unificato *Norme per la tutela dei diritti della partoriente, la promozione del parto fisiologico e la salvaguardia della salute del neonato* che raccoglie diverse proposte di legge (Testo unificato C. 193 Cima, C. 312 Mazzuca, C. 352 Alberta De Simone, C. 638 Lucchese, C. 897 Valpiana, C. 1192 Alberta De Simone, C. 4126 Burani Procaccini). Nel 2008 il testo risulta ancora in itinere. Si tratta di un documento in-

teressante da analizzare. Il fine è di (art. 1): *a*) incentivare e promuovere l'assistenza personalizzata alla nascita, tutelando i diritti e la libera scelta della gestante; *b*) perseguire il benessere del nascituro e quello delle famiglie nell'esperienza della genitorialità; *c*) rafforzare gli strumenti per la salvaguardia della salute del neonato, individuando i livelli dell'assistenza ospedaliera che ad essa deve essere garantita; *d*) favorire il parto fisiologico, riducendo la percentuale dei tagli cesarei. L'art. 6 del testo unico definisce i luoghi per il parto fisiologico, affermando che per garantire alla donna il diritto a vivere l'evento travaglio-parto-nascita in un contesto umanizzato e sicuro, il parto può svolgersi: *a*) in strutture sanitarie pubbliche o private accreditate; *b*) a domicilio; *c*) in case maternità individuate in eventuali progetti di ristrutturazione o costruzione da parte delle Aziende Sanitarie Locali. Per quanto riguarda il parto a domicilio (art. 8) si prevede che: *a*) quest'ultimo avvenga per libera scelta della partoriente; il medico specialista e l'ostetrica che hanno seguito la donna valutino se le condizioni di fisiologicità della gravidanza, di salute della partoriente e del nascituro, nonché, la situazione logistica ed igienico sanitaria del suo domicilio siano adeguate alla richiesta di parto a casa; *b*) le donne con gravidanze a rischio o nelle quali si manifestino segni iniziali di patologia sono indirizzate alle strutture sanitarie pubbliche o private accreditate, garantendo la continuità dell'assistenza; *c*) l'ostetrica deve assicurare alla madre, per almeno dieci giorni a decorrere dal momento del parto, un'adeguata assistenza al puerperio e all'allattamento al seno. Il controllo pediatrico del neonato deve avvenire entro ventiquattro ore dalla nascita. Interessante appare, in particolare, la proposta contenuta nell'art. 11 e relativa al costo delle prestazioni, anche in merito a quanto già detto per quanto riguarda il taglio cesareo: «In considerazione dei maggiori costi derivanti dall'assistenza al travaglio e al parto per via vaginale, sia in termini di impegno di personale medico, ostetrico ed infermieristico, che di tecnologie, il rimborso alle strutture sanitarie relativo ai parti vaginali, sia spontanei che operativi, è equiparato a quello previsto per i tagli cesarei».

Nel 2008 troviamo traccia in senato del disegno di legge (atto parlamentare n. 260) *Diritti della partoriente e del nuovo nato* a firma di senatori Amati, Antezza, Bassoli, Bastico, Casson, Donaggio, Granaiola, Passoni, Serafini, Sbarbati, Carloni e Stradiotto. Nell'art. 8 si definisce la casa maternità quale «servizio pubblico gestito dalla ASL competente per territorio, anche attraverso società miste o in convenzione con organizzazioni private con finalità sociali, che opera in stretto collegamento con i consultori, al fine di consentire lo svolgimento del parto fisiologico con la necessaria assistenza ostetrica e garantendo la presenza delle persone con le quali la donna desidera condividere l'evento. La casa di maternità assiste i parti fisiologici al di fuori degli ospedali, alleviando i reparti ostetrici ed è costituita da spazi individuali ove possono essere ospitate la partoriente ed altre persone di sua scelta, collegati fra loro da locali comuni debitamente attrezzati per le esigenze di assistenza al parto o per le attività culturali continuative per le donne. La casa di maternità è dotata di proprio personale sanitario, ausiliario e amministrativo selezionato dalla ASL competente. L'assistenza sanitaria e la tempestiva ospedalizzazione in caso di eventi patologici sopravvenuti sono garantite da una struttura ospedaliera della zona, che lavora in stretto contatto con la casa di maternità». L'art. 9 parla invece del parto a domicilio e della possibile sperimentazione sul territorio, attraverso le ASL competenti che devono garantire il servizio attraverso una equipe di ostetriche anche in regime di convenzione.

Al 2010 le Proposte di legge C. 918 Marinello, C. 1353 Livia Turco, C. 1513 Palumbo, C. 1266 Consiglio regionale del Piemonte e C. 3303 Lucà, recanti *Norme per la tutela dei diritti della partoriente, la promozione del parto fisiologico e la salvaguardia della salute del neonato* risultano ancora in discussione alla Camera dei Deputati, Commissione XII Affari Sociali. Anche le altre proposte non hanno finora trovato seguito.

Per quanto riguarda i luoghi e le modalità del partorire si rimanda, dunque, alle legislazioni regionali. Come vedremo tra poco, non tutte le regioni hanno ancora regolamentato le modalità di assistenza al parto non ospedaliero. Nelle regioni che già godono di un ri-

conoscimento al riguardo è seguita in, una seconda fase, l'emanazione di un «Profilo assistenziale di assistenza» e in alcuni casi delle indicazioni per la creazione di case maternità. In gran parte di queste regioni è stato poi regolamentato il rimborso (che varia dal 50% al 80%) previsto per le donne che scelgono di partorire in strutture diverse dagli ospedali.

Presento, in ordine cronologico, una breve sintesi dei principali provvedimenti regionali, evidenziando quelle che sono i passaggi più interessanti e gli aspetti peculiari di ciascuno.

Regione Lombardia, maggio 1987. La prima regione italiana ad avere menzionato il parto domiciliare e la possibilità di partorire in case maternità è stata la Lombardia che già nel 1987 ha previsto l'individuazione di aree per sperimentazione del parto a domicilio sia in Case maternità che in strutture di accoglienza a carattere non ospedaliero (art. 5-art. 7 della LR n. 16 08/05/87). Per molti anni la legge è stata disattesa e solo nel 2001, in sua attuazione, viene emanato un decreto (DL. 16072 del 03.07.2001) che contiene le *Linee guida di assistenza al travaglio e al parto fisiologico a domicilio e in casa maternità*.

Alla stesura del documento collaborano 11 professionisti, di cui 3 ostetriche² che esplicitano di aver lavorato in base alle evidenze emerse dalla letteratura, adottando come fonte di riferimento il già citato *Cochrane data-base*. Il documento è formato da 21 pagine, e prevede un indice dettagliato: 1) operatori di assistenza e luogo del parto; 2) popolazione; 3) procedure di assistenza in gravidanza; 4) diagnosi di travaglio in fase attiva; 5) assistenza al periodo dilatante ed espulsivo; 6) procedure di assistenza al neonato; 7) assistenza al secondamento; 8) assistenza al post partum; 9) assistenza al puerperio a madre e neonato; 10) conduzione della rottura pretravaglio delle membrane; 11) trattamento dell'emergenze e del trasporto della donna e del neonato. In allegato si descrive poi il contenuto della borsa ostetrica (strumentario, ferri chirurgici, materiale monouso, quali guanti, garze, telini, ecc., farmaci come ossitocina, anestetici locali, ecc., fili di sutura, calcolo dell'indice di massa corporea, standard di peso alla nascita per epoca gestazionale, cartella oste-

trica e partogramma). Rispetto all'assistenza, si richiede che l'ostetrica abbia effettuato almeno 20 parti a domicilio o in casa maternità negli ultimi 5 anni o abbia 5 anni di esperienza di parto ospedaliero in autonomia; le assistenti al parto devono essere almeno in due, dotate di equipaggiamento descritto dettagliatamente.

Per quanto riguarda la casa maternità il decreto ne dà una definizione chiara: «Si intende per casa maternità una struttura extra-ospedaliera, non medicalizzata, con le caratteristiche abitative di una casa, che offre un ambiente accogliente e familiare per l'assistenza alla gravidanza, al parto e al puerperio fisiologici, la cui conduzione è in generale affidata ad ostetriche, figure professionali deputate per definizione all'assistenza della gravidanza, parto e puerperio fisiologici» (: 3). Si indica, però, come «“opportuno” che il Responsabile sanitario della casa maternità per la gestione degli aspetti medici della gravidanza, nascita e postparto sia un medico qualificato a tali funzioni».

Dal punto di vista organizzativo la casa maternità deve essere composta almeno da: locale parto, locale per visite ostetriche/mediche, locale per corsi pre-postparto, zona cucina, due servizi igienici, locale multiuso (guardaroba, lavanderia-stireria, ripostiglio), area ufficio, ingresso/sala d'attesa (reception) e devono anche essere presenti gli spazi necessari per accogliere il nucleo familiare. La casa maternità deve garantire le norme di sicurezza e gli standard igienico sanitari di un'abitazione. Sia il domicilio della donna che la casa maternità non devono distare dall'ospedale più di 20-30 minuti.

Per quanto riguarda le donne in gravidanza vengono stabiliti i seguenti criteri di esclusione, che permettono di selezionare le gravidanze a basso rischio e dunque di agire in regime di sicurezza: presenza di patologia materna che controindica il travaglio di parto e il parto vaginale (come placenta previa) o che richiede sorveglianza intensiva del travaglio o trattamento (ipertensione, diabete e cardiopatie a rischio scompenso), presenza di patologia fetale nota (iposviluppo, malformazioni), gravidanza gemellare, grande multiparità (maggiore a 5 parti pregressi), anamnesi familiare positiva per difetti coagulazione, anamnesi positiva per problemi

di secondamento³ (pregressa emorragia del post partum), obesità materna calcolata come un indice di massa corporea superiore a 28. Si prevedono altri fattori di esclusione all'insorgere del travaglio (es. emoglobina inferiore al 9.5 g/dl a termine gravidanza o tampone vaginale positivo per lo streptococco beta emolitico senza la possibilità di trattamento venoso rapido).

Ai criteri di esclusione si affiancano i requisiti richiesti per l'assistenza non ospedaliera:

- epoca gestazionale compresa tra 37 e minore di 42 settimane;
- feto singolo, presentazione cefalica;
- peso fetale previsto tra 2500 e 4000;
- rottura tempestiva delle membrane minore di 18 ore in presenza di liquido limpido ed in assenza di alterazione del battito cardiaco fetale;
- assenza di criteri di esclusione.

Per quanto riguarda altre procedure si ritiene opportuno che la donna sia conosciuta dalle ostetriche che l'assisteranno al parto almeno a partire dalla trentaduesima settimana di gravidanza e che dalla trentasettesima settimana le ostetriche offrano la loro reperibilità. Altri indicazioni riguardano gli esami da effettuare e l'anamnesi. Alla nascita, tra le pratiche previste, vi è la profilassi oculare e quella per la malattia emorragica (somministrazione di vitamina K). Si prevede inoltre che l'ostetrica si fermi almeno due ore dopo il parto, per controllare i parametri e l'adattamento del neonato. La visita di un pediatra deve avvenire entro le 12 ore. Durante il puerperio, l'ostetrica continua a seguire la puerpera e il neonato, attraverso visite domiciliari quotidiane fino al quarto giorno, offrendo la reperibilità fino al decimo.

Il documento presenta molte similitudini con quello emanato da altre regioni, in particolare dalla regione Piemonte e dall'Emilia Romagna.

Regione Abruzzo 1990. L'Abruzzo con L.R. n. 35 del 11/04/1990 *Norme per la tutela psicofisica della partoriente e del neonato* «promuove le condizioni affinché il parto avvenga nel rispetto della salute e

del benessere psicofisico della donna; assicura la tutela sanitaria e psicologica della madre e del bambino e garantisce il rispetto pieno della personalità». L'articolo afferma che la Regione opera per introdurre nel servizio sanitario regionale le condizioni di assistenza alle gestanti che richiedono di espletare il parto al proprio domicilio. Possono usufruire dell'assistenza domiciliare le donne che siano state seguite con controlli ambulatoriali prenatali in strutture riconosciute idonee dalla Regione e che da tali servizi siano state individuate "non a rischio".

Si afferma che inizierà una fase di sperimentazione in alcune aree pilota e poi il servizio verrà introdotto con gradualità in tutto il territorio regionale.

Regione Liguria, aprile 1995. La regione legifera in materia di tutela della gravidanza, della nascita e del neonato con la L.R. 06/04/1995 n. 24. L'art. 5 prevede sperimentazioni per il parto domiciliare che, però, non paiono aver trovato attuazione.

Regione Valle d'Aosta, maggio 1998. In Valle d'Aosta la L.R. 27/05/1998 n. 44 menziona brevemente il parto a domicilio nell'art. 1, senza offrire particolari approfondimenti o rimandare a regolamenti attuativi; si enfatizza, invece, l'importanza dell'assistenza domiciliare alle puerpere.

Regione Marche, luglio 1998. Con la L.R. n. 22 27/07/1998 *Diritti della partoriente, del nuovo nato e del bambino ospedalizzato*, la regione Marche delibera sulla libertà di scelta da parte della donna in merito ai luoghi dove partorire: «la Regione favorisce il benessere psicofisico della donna e del nascituro durante la gravidanza, il parto e il puerperio; promuove l'informazione e la conoscenza sulle modalità di assistenza al parto e sulle pratiche sanitarie in uso presso le strutture del servizio sanitario regionale; assicura la libertà di scelta circa i luoghi dove partorire, ferme restando le esigenze primarie della sicurezza». La libertà di scelta viene ribadita anche nell'art. 2 che si occupa di preparazione alla nascita: «le Aziende Uni-

tà Sanitarie Locali informano la donna sulla possibilità di partorire anche a domicilio o nelle case di maternità, nonché sui servizi di assistenza al parto che assicurano nelle strutture ospedaliere, nelle case di maternità e al domicilio della stessa».

Nello specifico, l'art. 4 menziona il parto a domicilio, prevedendo l'istituzione del servizio anche in regime convenzionale. Altrimenti si prevede un rimborso delle spese ostetriche per le donne che hanno effettuato il parto fino a un massimo di 1.500.000 di lire. L'art. 5 prevede l'istituzione di case maternità da parte delle Aziende Sanitarie Locali o ospedaliere. La casa maternità viene definita come «una struttura di accoglienza istituita con il fine di ricostruire un habitat, il più possibile familiare, dove la donna viva il parto come un fatto naturale». È costituita da spazi individuali dove sono ospitate la partoriente e una persona di sua scelta, nonché da locali comuni, debitamente attrezzati per le esigenze di assistenza al parto e per attività sanitarie; vi operano ostetriche, di cui una con profilo professionale di coordinatore, e del personale ausiliario. Le case di maternità sono ubicate in spazi adiacenti ai servizi ospedalieri in modo da garantire la tempestiva ospedalizzazione in caso di eventi patologici sopravvenuti.

Un tentativo di istituzione di casa maternità pubblica⁴ nei pressi dell'Ospedale Salesi di Ancona (che in ordine di tempo sarebbe stata la prima in Italia) si è dato negli anni successivi, ma il progetto non è stato portato a compimento.

Regione Emilia Romagna, agosto 1998. La regione Emilia Romagna delibera in materia con la L.R. 11/08/1998, n. 26 *Norme per il parto nelle strutture ospedaliere, nelle case di maternità e a domicilio.* Il documento (quattro pagine) elenca i luoghi del parto al fine di «favorire il graduale superamento della ospedalizzazione generalizzata». Il parto può darsi in: strutture ospedaliere; case maternità dirette da ostetriche (art. 6) e a domicilio da parte di ostetriche libere professioniste (art. 5). Si prevede il rimborso delle spese sostenute dalla donna in caso di assistenza a domicilio da parte di personale operante in regime libero-professionale, per un massimo

dell'80% della spesa sostenuta e comunque per un importo non superiore alle tariffe previste dal DRG regionale per la degenza di un parto ospedaliero vaginale senza complicazioni. Si prevede inoltre l'erogazione diretta del servizio da parte delle Aziende, introducendo così di fatto nel sistema sanitario regionale il parto a domicilio, anche attraverso convenzionamento.

Il documento nasce con le seguenti finalità: *a)* soddisfare i bisogni di benessere psico-fisico della donna e del nascituro durante la gravidanza, il parto ed il puerperio; *b)* promuovere l'informazione e la conoscenza sulle modalità di assistenza e le pratiche sanitarie in uso presso le strutture del Servizio sanitario regionale; *c)* favorire la libertà di scelta da parte della donna circa i luoghi dove partorire e circa l'organizzazione assistenziale e sanitaria dell'evento, ferme restando le esigenze primarie della sicurezza e della riduzione dei fattori di rischio. La donna può comunicare la propria scelta alla Azienda di competenza entro l'ottavo mese.

Il documento, come accade per altre regioni, prevede la formazione del personale in merito al parto domiciliare e la redazione di un Profilo assistenziale. Sono inoltre previsti vari modelli da allegare alla domanda di rimborso, per esempio quelli relativi alla richiesta informata della prestazione, del piano di assistenza e della scheda per l'eventuale trasferimento della donna o del neonato in ospedale.

L'art. 7 fa, infine, riferimento all'importanza della stretta relazione tra madre e bambino subito dopo il parto (art. 9 della LR. n. 27, 1989) e alla necessità di umanizzazione dei servizi di assistenza al parto anche in ospedale (questo argomento ricorre nella documentazione relativa anche ad altre regioni). Si prevede, per esempio, un numero massimo di due letti per stanza durante la degenza post partum, la presenza di culle singole, di spazi individuali per il travaglio e il parto, l'accesso del padre o di altra persona. In merito al parto non ospedaliero, si sottolinea poi che, al momento del parto, l'ostetrica o il medico ginecologo-ostetrico che hanno in carico la gestante devono informare i servizi di emergenza-urgenza della struttura ospedaliera di riferimento, anche ai fini di un eventuale pronto intervento.

L'art. 6 si occupa della casa maternità e la definisce come la «la struttura di accoglienza extraospedaliera che offre un ambiente idoneo allo svolgersi dell'evento parto in una dimensione logistica, affettiva e psico-relazionale riconducibile, sotto diversi aspetti, al parto a domicilio [...] Deve essere altresì salvaguardato il rapporto più stretto tra genitori e neonato e l'accesso di persone liberamente scelte dalla partoriente. Si prevede che la casa maternità sia diretta da un'ostetrica che opera in stretta integrazione con gli altri servizi sociosanitari presenti sul territorio. L'assistenza, nonché la tempestiva ospedalizzazione, in caso di eventi patologici sopravvenuti, sono assicurate da una struttura ospedaliera che opera in stretto contatto con la casa di maternità. Si menziona un volume minimo di attività di 50 parti all'anno».

Particolare enfasi è data alla formazione, qualificazione ed aggiornamento del personale in merito al parto a domicilio e nelle case di maternità (art. 8). Si menzionano infatti: *a)* la qualificazione del personale addetto all'assistenza socio-sanitaria della donna durante la gravidanza, il parto, il puerperio e l'allattamento, in funzione del parto a domicilio e nelle case di maternità; *b)* l'aggiornamento specifico sulla revisione critica della validità scientifica e dell'efficacia delle tecniche e metodologie utilizzate nell'assistenza alla gravidanza ed al parto; *c)* la formazione pluridisciplinare degli operatori anche rispetto agli aspetti culturali e relazionali dell'evento nascita; *d)* l'aggiornamento dei medici specialisti e di medicina generale, al fine di adeguare la cultura e la disponibilità ad informare correttamente le donne in merito alla scelta del parto in ambiente extra-ospedaliero; *e)* la formazione ed aggiornamento degli operatori socio-sanitari sulle pratiche di mutilazione genitale femminile, con particolare attenzione alle conseguenze dell'infibulazione e reinfibulazione sulla gravidanza e sul parto ed alle tecniche di intervento più adeguate a fronteggiare tali problematiche, per la tutela della madre e del nascituro; *f)* l'informazione e sensibilizzazione degli operatori riguardo alla promozione dell'accesso di donne straniere ai servizi sanitari e sociali, così da favorire l'incontro tra la donna e l'operatore socio-sanitario, ai fini della salvaguardia della salute della donna e della sicurezza della maternità.

Province Autonome di Trento e Bolzano 1998. Per quanto riguarda la provincia autonoma di Trento, il servizio di assistenza al parto in casa viene espletato in accordo con la delibera n. 15077 del 1998 e successive modificazioni/integrazioni. Tale delibera prevede, per l'assistenza ostetrica e la prima visita pediatrica un rimborso di 750 euro. La provincia autonoma di Bolzano prevede invece un rimborso di 516 euro.

Regione Toscana, febbraio 1999. La delibera n. 41 del 17/02/1999 relativa al Piano Sanitario Regionale 1999-2001 menziona il parto a domicilio prevedendo che «esperienze di assistenza al parto fisiologico a domicilio e nelle case maternità devono raccordarsi sotto il profilo dell'organizzazione perinatale territoriale con il punto nascita».

Regione Piemonte, maggio 2002. Il Piemonte delibera in materia con il DGR del 07/05/2002 n. 80-5989 (bollettino: LR. 16.05.02 n. 20). Si afferma che il parto domiciliare può essere effettuato da un ostetrico o un'ostetrica abilitata non in condizioni di incompatibilità e si prevede un rimborso del 50% fino a un massimo di 930 euro. In caso di ricorso di emergenza in ospedale, il rimborso massimo è di euro 310. L'indice del *Profilo assistenziale per l'assistenza al travaglio e al parto fisiologico extra-ospedaliero della regione Piemonte* che è così composto: operatori di assistenza e luogo del parto, principi guida per l'assistenza, criteri d'inclusione, profilo assistenziale nella fisiologia (gravidanza, gravidanza a termine, rottura prematura delle membrane, fase prodromica, travaglio e parto, accoglimento e prime cure al neonato, secondamento, post partum, puerperio), profilo assistenziale in circostanze a rischio (indicazioni al trasferimento in ospedale, trattamento dell'emergenza e del trasporto della donna, trattamento dell'emergenza e del trasporto del neonato) e vari allegati (contenuto della borsa ostetrica, auscultazione intermittente del battito cardiaco fetale, modulistica per la richiesta informata di assistenza domiciliare al parto, modulistica idoneità al parto extra-ospedaliero, autocertificazione "modalità assistenziali", sche-

da di trasferimento casa-ospedale per la madre, scheda di trasferimento casa-ospedale per il neonato, piano di assistenza domiciliare al parto da allegare alla domanda di rimborso a assistenza avvenuta) e bibliografia.

Rispetto al luogo del parto si menziona che il parto extraospedaliero nasce «in risposta alla domanda di donne con gravidanza a basso rischio, che intendono privilegiare il bisogno primario di intimità, individualità, condivisione familiare, con adeguati livelli di sicurezza per l'espletamento del parto». Si individuano quali luoghi extraospedalieri il domicilio e la casa maternità. Altre indicazioni presenti nel *Profilo* riguardano la presenza di due ostetriche che devono possedere almeno 5 anni di esperienza in sala parto o a domicilio; che il parto avvenga a non più di 20/30 minuti dal Presidio ospedaliero; che l'incontro/conoscenza tra ostetrica e donna avvenga almeno alla trentaduesima settimana; che il 118 sia informato dell'inizio dell'assistenza e travaglio⁵.

Il documento enfatizza l'importanza della personalizzazione e della continuità dell'assistenza, nonché del rispetto della fisiologia e della personalità di madre-bambino con riferimento alle raccomandazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità. L'attenzione al puerperio è maggiormente presente che in altri documenti: si prevedono, per esempio, una o due visite al giorno, in relazione ai bisogni di assistenza, nei primi quattro o cinque giorni dopo il parto, una visita fra il 6° e il 10° giorno dopo il parto, la reperibilità telefonica e una serie di incontri nel primo trimestre di vita del bambino.

Regione Sicilia, luglio 2003. La regione Sicilia affronta il tema del parto nella L.R. n. 10 del 31/07/2003. Nel punto c) vi è una breve menzione del parto a domicilio. Con il Decreto del 19/11/2010 si legifera invece sulle case maternità.

Regione Lazio, aprile 2011. L'ultima regione a dotarsi di un *Profilo Assistenziale* è il Lazio, con il Decreto del Presidente della regione 1/04/2011 n. 29: *Parto a domicilio e in Case di Maternità. Approvazione di Profilo Assistenziale per l'assistenza al travaglio e parto fisio-*

logico extra-ospedaliero in Case di Maternità e a domicilio. Si tratta di un documento interessante da analizzare perché vi sono delle differenze importanti rispetto a quelli precedentemente analizzati. Il documento impegna la regione in politiche di sostegno all'umanizzazione del parto, affermando che la donna deve essere libera di scegliere di partorire tra strutture ospedaliere, a domicilio e in casa maternità. Analizzando i protocolli previsti e i requisiti minimi per l'autorizzazione per aprire delle case maternità si nota una maggiore tendenza alla medicalizzazione e alla gestione biomedica del processo riproduttivo, rispetto ad altre regioni. Distingue poi (unico caso tra le varie regioni che sono dotate di leggi e profili) in case maternità intra-ospedaliere e casa maternità extra-ospedaliere: la casa maternità intraospedaliera⁶ «è strutturalmente e funzionalmente collegata all'ospedale dotato di punto perinatale di almeno primo livello; è da ritenersi a tutti gli effetti una struttura sanitaria, parte integrante dell'ospedale stesso per la gestione delle prestazioni erogate» (: 24). La casa maternità extra-ospedaliera è «strutturalmente separata ma funzionalmente collegata all'ospedale. Non può trovarsi oltre un raggio di 3-5 km dall'ospedale di riferimento, dotato di una unità perinatale di secondo o terzo livello. È da ritenersi una struttura territoriale che afferisce all'azienda Unità Sanitaria Locale di riferimento per la gestione delle prestazioni» (: 24). Si afferma inoltre che «la casa maternità è un luogo separato dall'ospedale, ma in stretto contatto con esso, che assista almeno 50 parti l'anno, ove si esplicano attività correlate alla gravidanza e al parto non solo in senso strettamente sanitario, bensì anche di tipo sociale, culturale e relazionale».

Anche un occhio inesperto coglie, in alcuni passaggi del documento, la volontà di una maggiore gestione medica delle strutture previste. Se ciò è comprensibile per la casa maternità intra-ospedaliera, che di fatto rimane una struttura sanitaria, non lo è per la casa maternità propriamente detta, che dovrebbe essere una struttura con un'autonomia riconosciuta sia sul piano assistenziale, che su quello territoriale. Il documento prevede, invece, che le case maternità siano situate in un raggio di 3-5 km dall'ospedale

di riferimento, elemento che, a mio avviso, ne limita di molto l'implementazione. Altri profili assistenziali (per esempio in Piemonte o in Emilia Romagna) prevedono invece che l'ospedale (senza peraltro specificarne il livello) sia raggiungibile in circa 30 minuti, il che offre maggiori possibilità di locazione e soprattutto rende la struttura, anche simbolicamente, più autonoma. Risulta incomprensibile anche il tetto minimo dei 50 parti all'anno, parametro che potrebbe comportare una costante "ansia da prestazione" da parte di chi gestisce e lavora nella struttura. Mi chiedo se il maggior controllo sui percorsi extra-ospedalieri che il documento dispone non derivi dal fatto che, alla sua stesura, non abbiano quasi collaborato delle ostetriche (al contrario di altre regioni). Tranne la presidente del Collegio delle ostetriche locali, dalle firme in calce si evince che gli altri professionisti incaricati (dodici in totale) sono tutti funzionari sanitari o medici. Nel documento, non si parla, inoltre di rimborso per le donne che scelgono tale percorso, né tantomeno lo si quantifica. Solo nel 2014 la regione ha definito il rimborso forfettario di 800 euro (decreto del Presidente della Regione n. 152/2014).

Il parto a domicilio e le case maternità. Una mappatura dell'offerta privata e pubblica

Come già detto, alle donne che desiderano partorire in casa o in casa maternità sono offerte in Italia tre possibilità, di seguito descritte. Sottolineo ancora una volta che si tratta di opzioni non previste e/o non coesistenti in tutte le regioni e/o di servizi non diffusi in maniera omogenea sul territorio italiano.

L'assistenza domiciliare privata. Oggi in Italia vi sono circa 17.300 ostetriche di cui, secondo i dati offerti dalla Federazione Nazionale Collegi Ostetriche, il 3% lavora in libere professione (FNCO, 2011). Di queste ultime, non tutte si dedicano all'assistenza al parto in ambiente non ospedaliero. Alcune offrono la loro assisten-

za esclusivamente nell'accompagnamento alla gravidanza o al puerperio (consulenza, conduzione di corsi preparto, sostegno all'allattamento, ecc.); altre libere professioniste lavorano a contratto presso strutture sanitarie e assistenziali private.

La percentuale che si occupa di assistenza domiciliare rende di fatto possibile partorire nella propria casa in tutta Italia, seppure nella disomogeneità territoriale di cui ho detto. Secondo i dati offerti dall'Associazione Nazionale Ostetriche Parto a Domicilio e in casa maternità e dall'OLPI-Ostetriche Libere Professioniste Italiane, le ostetriche che assistono a domicilio (dunque una parte delle libere professioniste italiane) sono maggiormente concentrate nel centro-Nord del Paese, mentre nelle regioni del sud e nelle isole risultano essere meno presenti. Sono in aumento anche gli ambulatori gestiti da ostetriche, in cui avvengono consulenze, incontri pre e postparto, corsi preparto e attività di sostegno alla genitorialità: per esempio, durante la mia ricerca, nella città di Udine ne sono nati almeno due.

Nel contesto di crisi socio-economica che investe l'Italia negli ultimi anni vi è l'aumento di interesse verso questa opzione lavorativa, soprattutto da parte delle giovani laureate. La libera professione sta diventando un'alternativa appetibile per le giovani ostetriche che non riescono ad inserirsi a tempo indeterminato in una struttura pubblica. Come già detto, non necessariamente tali professioniste si dedicano all'assistenza domiciliare: in alcuni casi, si tratta di ostetriche che propongono servizi di accompagnamento alla gravidanza o al puerperio e che non condividono in toto una visione non medicalizzata del parto e della nascita. A prescindere dalle scelte individuali, però, l'aumento di interesse nei confronti della libera professione e la decisione di allontanarsi dal sistema sanitario pubblico rappresenta un indicatore di maggiore autonomia della professione anche nei confronti dell'approccio biomedico.

A testimoniare e fomentare allo stesso tempo tale interesse vi sono i percorsi formativi e informativi (seminari, convegni, giornate di studio) dedicati ad approfondire gli aspetti burocratici, legislativi e assistenziali di chi intende lavorare in regime privato. Du-

rante il mio lavoro sul campo ho potuto notare un numero di iniziative crescente in tal senso, in tutta Italia. Di libera professione durante il mio percorso di ricerca si è parlato, infatti, in diverse occasioni, in eventi organizzati dai singoli collegi di ostetriche (nel 2013 a Udine e a Milano) e/o dalla Federazione Nazionale dei Collegi Ostetrici (nel 2013 a Bari, Roma e a Milano).

Dal punto di vista dell'inquadramento professionale, le ostetriche in libera professione in Italia sono iscritte ai Collegio delle ostetriche, come tutte le professioniste. Una criticità della loro condizione è però data dall'essere, dal punto di vista previdenziale, equiparate alla categoria dei commercianti e non di altri professionisti della salute (L. 249/90). I contributi versati all'Istituto Nazionale di Previdenza Sociale sono dunque elevati, soprattutto nei primi anni di lavoro, quando le difficoltà inerenti all'avvio della professione sono maggiori. La richiesta di riconoscimento delle ostetriche libere professioniste nelle professioni sanitarie anche dal punto di vista contributivo è un elemento costante che emerge sia nelle conversazioni con le singole ostetriche, sia nelle prese di posizione collegiali (federazione, associazioni e gruppi).

Partorire in casa maternità, con l'assistenza di un'ostetrica in libera professione. Come approfondiremo meglio in seguito le case maternità sono strutture non sanitarie, a gestione privata e a conduzione ostetrica che offrono alle donne l'opportunità di partorire in modo non medicalizzato, in un luogo diverso dal proprio domicilio. In Italia attualmente le case maternità sono cinque, tutte concentrate nel Nord del Paese: tre di queste si trovano nella regione Lombardia, una nella regione Emilia Romagna e una, di recentissima apertura, in Friuli Venezia Giulia. Presento brevemente le cinque strutture, attraverso le informazioni presenti sui rispettivi siti internet. Nel capitolo otto approfondirò l'analisi delle due strutture presso le quali mi sono recata personalmente: la Casa Maternità Montallegro di Induno Olona (Varese) e la Casa Maternità Il Nido di Bologna e che costituiscono, dunque, due casi studio del mio lavoro di ricerca.

- La Casa Maternità La via Lattea è, in ordine cronologico, la prima casa maternità italiana. L'apertura (con il nome di Casa del Parto) risale al 1990. Nasce all'interno del Villaggio della Madre e del Fanciullo, una struttura laica e privata esistente dagli anni Quaranta con lo scopo di assistere ragazze madri. Nel 2000 chiude e riapre, dopo due anni, in una nuova sede nella quale viene fornita assistenza solo in forma privata. L'equipe è formata da dieci persone: quattro ostetriche, due educatrici, due consulenti, una collaboratrice e una segretaria. La cooperativa gestisce anche un nido famiglia. L'Associazione Casa Maternità pubblica e diffonde il periodico «l'Uovo», la cui redazione è composta da famiglie che hanno avuto i loro figli nella struttura. Le ostetriche offrono anche servizio a domicilio, sia durante il parto, che dopo.
- La Casa Maternità Montallegro di Induno Olona, in provincia di Varese, si trova al piano inferiore di una grande casa, alle pendici del Monte Monarco. Viene fondata nel 2001 dall'ostetrica Marta Campiotti. Attorno alle attività della Casa ruota l'Associazione di genitori Tramama. Nella casa maternità lavorano due ostetriche. Le ostetriche offrono anche servizio a domicilio, sia durante il parto che dopo il parto.
- La Casa Maternità La Quercia apre nel 2007 a Merone (Como). Nasce dall'esperienza dello studio ostetrico omonimo, operativo dal 2002. Nel 2007 viene aperta la casa maternità omonima, l'ultima in ordine di tempo in Lombardia. Vi lavorano tre ostetriche che offrono anche servizio a domicilio, sia durante il parto che dopo.
- La Casa Maternità Il Nido viene aperta a Bologna nel 2008. Si trova in una bella e tranquilla area verde non lontano dal centro storico della città. La casa ha due piani e un ampio giardino. Nella stessa area ha sede un asilo nido e un ristorante macrobiotico. Nella casa maternità lavorano quattro ostetriche e una addetta all'amministrazione. Nell'edificio trovano sede anche gli studi di altri professionisti, tra cui una pediatra. Le ostetriche offrono anche servizio a domicilio, sia durante il parto che dopo.

- La Casa Maternità La Casa di Caterina viene aperta a Trieste nel dicembre del 2016⁷. La Casa si trova sulla strada per S. Giuseppe (località S. Dorligo della Valle) tra il Carso e la città, in un edificio in cui ha sede anche l'abitazione di una delle fondatrici. Vi lavorano tre ostetriche, una pedagoga ed educatrice perinatale, una consulente nei percorsi nascita e una operatrice della nascita e della prima infanzia. La Casa propone corsi e attività pre e postnatali e vuole essere un luogo di incontro, di condivisione e di crescita per genitori e bambini. Con questo ultimo proposito è nata l'Associazione di genitori Felis-Famiglie Educazione Libera Scelta, che riunisce i genitori che utilizzano o hanno utilizzato i servizi offerti dalle ostetriche.

Nel 2013, durante la preparazione del lavoro sul campo in Emilia Romagna sono venuta a conoscenza di una ulteriore casa maternità: La Casa di Gaia di Parma. In realtà si è trattato di una breve esperienza (iniziata nel 2012 ma terminata dopo pochi mesi) implementata da tre ostetriche libere professioniste, che hanno individuato un luogo di accoglienza per donne incinte in una località in provincia di Parma (Proporiano) in seguito, il servizio è stato trasferito in un appartamento a Parma.

Durante il mio soggiorno ho potuto intervistare una delle ostetriche fondatrici della Casa, visitare la sede di Parma e ricostruirne il breve percorso. Sia a Proporiano che in città, a causa anche della sua breve storia, non sono mai avvenuti dei parti, nonostante gli ambienti consoni: l'appartamento di Parma, per esempio, consta di un salone-accoglienza-lavoro corporeo, di una cucina, di una camera e di un bagno. Le stesse ostetriche fondatrici sono attualmente impegnate in percorsi professionali differenti e il progetto comune è decaduto.

Sono attualmente in via di definizione due nuove case maternità: la Casa Maternità Prima Luce a Torino e la Casa Maternità Maishamani di Monte S. Maria Tiberina a Perugia (Campioti, 2016).

Partorire a domicilio con l'assistenza di un'ostetrica appartenente al servizio sanitaria nazionale. È un'opzione ancora poco praticata in Italia. Solo la regione Piemonte e la regione Emilia Romagna possiedono attualmente un servizio pubblico di assistenza al parto domiciliare. In Emilia Romagna il servizio interessa le città di Parma, Reggio Emilia, Modena e Rimini. Le esperienze dell'Azienda Unità Sanitaria Locale di Parma e dell'Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia (avviate nel 1999) saranno approfondite in seguito, nel capitolo nove.

In Piemonte, il servizio è attivo dal 1997 presso il presidio Azienda Ospedaliera Regina Margherita Ospedale Ostetrico Ginecologico S. Anna di Torino. Le donne con gravidanza fisiologica che ne fanno richiesta sono seguite dalle tre ostetriche che formano l'equipe e dalla loro coordinatrice. Dal 1997 al 2010 il servizio è stato richiesto da 624 donne, e ne sono state selezionate 406. Di queste, 334 hanno incominciato il travaglio a casa, 272 di loro sono arrivate al parto e 62 sono state trasferite (a volte per necessità, a volte per scelta della madre o della coppia) in ospedale. Il trend è comunque crescente: nel 2008 sono stati effettuati 22 parti, nel 2009 21, nel 2010 39. Il parto a domicilio nell'Ospedale S. Anna (dove nascono circa 8000 bambini all'anno) appare una realtà consolidata, nonostante vi siano ancora elementi di criticità dovuti, per esempio, alla mancanza di informazione in merito al servizio e ai criteri di sicurezza (Lisa, La Prova, 2002).

Altre iniziative, che però non hanno trovato continuità, si sono avute nel corso degli anni. Tra queste vi è il Progetto *Nascere in Versilia. Parto e Puerperio a domicilio*, attivato nel 1999 dall'Azienda USL 12 Versilia a seguito delle indicazioni riguardanti il parto a domicilio previste nel Piano Sanitario Regionale 1999/2001. La sperimentazione – prevista per un anno – riguardava la messa a disposizione di una equipe di due ostetriche e due ginecologi per le donne che avessero richiesto il servizio.

Le tre tipologie di servizio presenti in Italia rispondono oggi alle richieste di un numero poco elevato di donne. Pur nella consapevolezza, come già detto, che il numero di parti in casa in Ita-

lia è sottostimato nelle statistiche ufficiali, le percentuali di donne che partoriscono fuori dagli ospedali è esiguo. Secondo il Decimo Rapporto sul parto e la nascita, la percentuale si aggira intorno allo 0,1% (Ministero della Salute, 2013). L'Associazione Nazionale Ostetriche Parto a Domicilio e casa maternità indica circa 1500 parti all'anno (www.nascereacasa.it). Fonti internazionali attestano il parto non ospedaliero nel nostro Paese a percentuali inferiori all'1% (Euro-Peristat, 2010).

È importante menzionare che, delle donne che richiedono il servizio, solo una parte lo ottiene. Alcune non rientrano nei parametri di inclusione già dall'inizio del percorso; altre, come vedremo, vengono escluse durante il processo; altre ancora (un numero minimo) vengono trasferite in ospedale durante il travaglio in casa. Le donne che effettuano un parto a domicilio sono dunque in numero minore di coloro che avrebbero desiderato usufruirne. Non abbiamo, inoltre, informazioni rispetto a quante donne partorirebbero a domicilio se conoscessero l'esistenza di tale modalità di assistenza e se questa fosse accessibile dal punto di vista economico, ossia gratuita. Su questa questione fondamentale ritorneremo in seguito.

L'Associazione Nazionale Ostetriche, Parto a domicilio e casa maternità

Noi crediamo nella capacità di fare scelte autonome e responsabili nei propri processi di salute e desideriamo sostenere le coppie che vogliono fare della nascita del proprio bambino una esperienza da vivere secondo i propri desideri attraverso una assistenza qualificata, vigile e competente (www.nascereacasa.it).

Al termine di questo capitolo, ritengo utile ricostruire il percorso di un soggetto importante nella storia della libera professione in Italia e nel perpetuarsi del parto a domicilio, dopo la scomparsa delle ostetriche condotte⁸.

Tabella n. 10. Parto a domicilio nelle regioni italiane (fonte: Basili, Cocchi, Di Rosa, Tamburini, 2013).

Regione	Punto nascita		Privato	Domicilio	Altro	Totale	% Non indicato Errato	Parti
	Pubblico	Accreditato						
Abruzzo	99.8	0.2	-	-	-	100.0	2.09	9.203
Basilicata	100.0	-	-	-	-	100.0	-	4.464
Prov. Auton. Bolzano	95.9	-	4.1	-	-	100.0	-	5.557
Calabria	78.3	21.7	-	-	-	100.0	-	15.140
Campania	54.6	44.8	0.6	-	-	100.0	-	57.995
Emilia Romagna	98.6	1.2	-	0.10	0.08	100.0	-	41.155
Friuli Venezia Giulia	91.2	8.5	-	0.36	-	100.0	-	10.266
Lazio	82.5	15.1	2.3	-	-	100.0	-	54.102
Liguria	100.0	-	-	-	-	100.0	-	11.195
Lombardia	91.0	8.7	0.2	0.03	0.02	100.0	0.12	96.122
Marche	96.4	3.6	-	-	-	100.0	-	14.099
Molise	100.0	-	-	-	-	100.0	-	2.220
Piemonte	99.9	-	-	0.08	0.02	100.0	0.01	35.796
Puglia	87.4	12.6	-	-	-	100.0	-	36.513
Sardegna	90.8	9.2	-	-	-	100.0	-	12.189
Sicilia	81.7	18.3	-	-	-	100.0	-	46.842
Toscana	99.4	-	0.6	0.02	0.01	100.0	-	32.564
Prov. Auton. Trento	99.5	-	-	0.24	0.22	100.0	-	5.043
Umbria	100.0	-	-	-	-	100.0	-	8.014
Valle d'Aosta	100.0	-	-	-	-	100.0	-	1.207
Veneto	99.9	-	-	0.10	0.04	100.0	-	45.807
Totale	88.2	11.4	0.4	0.04	0.02	100.0	0.06	545.493

L'Associazione Nazionale Ostetriche Parto a domicilio e casa maternità viene fondata nel 1981 dal gruppo storico di ostetriche che assistono parti domiciliari in Italia e che condividono una visione non medicalizzata del parto. L'associazione ha sede legale a Varese e dal 1996 la Presidente è Marta Campiotti, succeduta all'ostetrica Sabina Pastura. Gli obiettivi dell'Associazione sono quelli di «diffondere la nascita a domicilio, garantendone la qualità e la sicurezza, verificare e confrontare le esperienze nazionali e internazionali dell'assistenza fuori dall'ospedale, definire dei criteri professionali di selezione e assistenza sulla base delle evidenze scientifiche, delle raccomandazioni dell'OMS e dei desideri delle donne» (www.nascereacasa.it).

Nei primi anni Ottanta, la nascita dell'Associazione – che si autodefinisce un «coordinamento» – è l'occasione per presentarsi come gruppo costituito non solo nei confronti delle donne, ma anche nei confronti della collettività, dentro e fuori la professione ostetrica. Il Coordinamento raccoglie infatti le esperienze di ostetriche e gruppi di ostetriche già attive da tempo sul territorio italiano (come il gruppo Il Marsupio di Firenze), che trovano ora uno spazio di confronto e di dialogo formalizzato.

L'idea dell'Associazione nasce durante il Convegno *Le culture del Parto*, tenutosi a Milano nel 1981⁹. Durante la nostra prima intervista, Marta Campiotti mi racconta di come «nella hall dell'hotel»¹⁰ con un gruppo di colleghe con le quali condivide visione e obiettivi decide di organizzare un weekend di formazione, in modo da approfondire le tematiche emerse durante l'evento. Il relatore invitato a presiedere il seminario è il medico piacentino Lorenzo Braibanti:

Lui era una persona eccezionale, è stato il primo a invitare Leboyer in Italia. Aveva scritto questo libro *Nascere meglio*, che sono i fondamentali... In quegli anni si cominciava a parlare di parto naturale. Quando io l'ho conosciuto per la mia tesi di laurea, lui aveva detto: «Io ho capito che solo l'ostetrica può cambiare la nascita, non i medici [...]». Lui aveva un sapere pazzesco. Assisteva da solo le donne in campagna, come medico di base

a Piacenza e quindi aveva un casino di cose da insegnarci. Allora io ho detto: «troviamoci e facciamo questo seminario». Son venute le prime [ostetriche]: c'era la Verena, la Valeria di Roma, la Luna Nuova, le prime 15-20; che poi ci conosciamo tutte, siamo tutte andate avanti. Ci siamo trovate con lui 2-3 volte e abbiamo detto: troviamoci lo stesso noi. Ed era il 1981 (Marta, 2010).

L'Associazione si innesta in un contesto storico-culturale profondamente fecondo. Molte delle socie fondatrici hanno alle spalle un lungo percorso di militanza (a volte anche politica) sui temi della libertà di scelta e dell'autodeterminazione in merito ai diritti riproduttivi e in generale sulla questione dell'emancipazione femminile. La matrice femminista che si diffonde in Italia sulla scia delle rivendicazioni sociali della seconda metà degli Anni Settanta è comune alle appartenenti al gruppo. Spazi di discussione collettiva come l'Unione Donne Italiane sono occasioni in cui diverse delle ostetriche che avranno un ruolo storico nell'assistenza domiciliare negli anni seguenti, si ritrovano. Così ricorda quel momento l'ostetrica Cristina, esponente storica delle ostetriche del Nord-Est del Paese:

È sulla coda del femminismo, il femminismo dal mio punto di vista. Io sono del 1960. Io l'ho vissuto di striscio, nel senso che non ho fatto tanto le baricate, però ricordo la legge sull'aborto. [...] Per cui le contestazioni partono da lì, dal voler garantito un diritto alla salute e alla sessualità libera. Su questo nascono i consultori, nasce la legge per il referendum sull'interruzione volontaria di gravidanza. Le donne a quel punto cominciano a entrare in quel bellissimo periodo che... quello sì io l'ho vissuto: che è quello dell'autocoscienza (Cristina, ostetrica, 2010).

Attualmente (2015) le iscritte all'Associazione sono circa 170 (www.nascereacasa.it). Associarsi significa disporre della visibilità che il sito internet offre attraverso la sua pagina, il che permette di essere conosciute e contattate dalle donne interessate al servizio. Nel sito, oltre alla storia, alla composizione e alle attività del gruppo, è presente infatti una mappa geografica, nella quale si possono ritro-

vare nominativi e numeri telefonici delle ostetriche e dei gruppi (enti e associazioni) che offrono assistenza a domicilio nelle diverse regioni italiane.

Va rilevato che non tutte le ostetriche libere professioniste italiane sono membri dell'Associazione e sono dunque presenti con il loro nominativo e recapito sul sito. Il caso della regione Friuli Venezia Giulia è esemplare: dalle mie indagini sul campo sono emersi i nominativi di almeno quattro ostetriche che lavorano in regime di libera professione che non sono presenti nell'elenco. In ogni caso, la mappa regionale permette di visualizzare immediatamente la situazione. La variabilità regionale è evidente se si comparano regioni come il Piemonte, la Lombardia, l'Emilia Romagna, la Toscana (dove il numero di professioniste è maggiore) con regioni quali la Sicilia, la Puglia o la Calabria o la Sardegna; in quest'ultima regione, per esempio, non compare alcuna iscritta.

Dal 2012 è attiva una seconda Associazione nazionale: OLPI Associazione Libere Professioniste Italiane¹¹. Anche tale associazione è presente su internet con un elenco di nominativi che permette di individuare le professioniste attive a livello regionale e locale.

Uno dei grandi traguardi dell'Associazione è quello di aver elaborato le prime *Linee Guida di Assistenza al travaglio e al Parto fisiologico a domicilio*, un documento unico nel suo genere a livello nazionale. Il documento rappresenta uno strumento fondamentale per l'attività ostetrica in libera professione, sia a domicilio che in casa maternità.

Le linee guida sono da considerarsi dei binari sui cui muoversi per lavorare con consapevolezza e domandandosi sempre il perché dei nostri gesti e delle nostre scelte (Marta).

È composto di dieci pagine, stilato per la prima volta nel 1991, aggiornato nel 1999 e pubblicato nel 2001 (Campiotti, 2001)¹². Il documento rende esplicito fin dalle sue premesse la differenza tra fisiologia e patologia, assegnando la prima all'assistenza dell'ostetrica e la seconda al medico-ginecologo.

Il parto a domicilio è indicato esclusivamente per le gravidanze a basso rischio, in altre parole per donne in salute con bimbi in salute. Le controindicazioni vengono distinte in due campi: quelle che possono essere identificate prima del travaglio e una serie di controindicazioni “relative” che possono consentire il parto domiciliare dopo un’accurata valutazione dell’ostetrica, anche avvalendosi di uno specialista. Le prime riguardano la presenza di qualche patologia materna che richiede sorveglianza (come cardiopatie a rischio o gestosi preeclamptica) o trattamento (per esempio, epilessia, diabete); sono inoltre incluse la presenza di patologia fetale grave, come una malformazione che necessiti di assistenza specialistica alla nascita, la gravidanza gemellare, la gravidanza multipara (maggiore di 6 parti pregressi), problemi pregressi di secondamento, un pregresso taglio cesareo e un’anomalia del bacino. Tra le seconde, sono controindicate la statura inferiore ai 150 centimetri, l’obesità materna, il tampone positivo allo streptococco B e una morte fetale o neonatale pregressa. Ancor più nello specifico, sono considerate condizioni che permettono l’assistenza domiciliare all’insorgere del travaglio il trovarsi in epoca gestionale compresa tra la trentottesima e la quarantaduesima settimana di gravidanza¹³, il feto singolo, la presentazione cefalica, un peso fetale previsto non inferiore a 2500 grammi e superiore a 4000 grammi e l’assenza di alterazioni del battito cardiaco fetale.

Il tema della sicurezza appare già nella premessa. Garantire alla donna che sceglie il parto a domicilio la maggior sicurezza possibile significa, secondo le linee guida, rifarsi a due elementi fondamentali: la selezione della donna durante la gravidanza e la scelta consapevole e informata della donna e della coppia. Il concetto di selezione è importantissimo: «l’ostetrica deve affinare le sue capacità di riconoscere le situazioni con attenzione e vigilanza e deve lavorare con la donna attraverso misure preventive. In quest’ottica, la conoscenza e la relazione con la donna sono indispensabili strumenti per la promozione della salute e del benessere nella scelta del domicilio» (Campiotti, 2001: 1). Il ruolo dell’ostetrica nell’individuazione e nella gestione di situazioni a rischio è dunque fon-

damentale. È l'ostetrica, con le sue competenze e con gli strumenti aggiuntivi che questo tipo di assistenza offre¹⁴ – non ultimo il rapporto di fiducia e la relazione di co-responsabilità che si instaura con la donna – che si incarica della sua sicurezza. Per questo è importante che ostetrica e donna si conoscano prima possibile. Secondo le linee guida è infatti «pratica comune porre come condizione per accogliere le richieste quella di conoscere la donna almeno verso la trentaduesima settimana. Bisogna avere il tempo per instaurare un reale rapporto di fiducia reciproca nonché avere tutte le informazioni necessarie per una adeguata assistenza».

Le linee guida riguardano diversi aspetti, da quelli prettamente logistici a quelli assistenziali, fino alle modalità di raccolta dei dati. Riporto, brevemente, le indicazioni che sono da considerarsi più significative. Mi soffermo, in particolare, su quelle indicazioni che, in qualche modo, si distanziano dai protocolli standard previsti negli ospedali:

- *Modalità dell'assistenza*. Si prevede che le ostetriche coinvolte nell'assistenza al travaglio e al parto siano due. Il documento esplicita chiaramente i motivi dell'importanza di tale indicazioni: «non essere da sole consente uno scambio di opinioni spesso utile in caso di dubbio diagnostico, facendo sì che eventuali situazioni che richiedano una intensificazione dell'attenzione non conducano ad ansie inutili e stressanti sia per l'ostetrica che per la donna. Permette inoltre brevi periodi di riposo a turno, particolarmente importanti se i tempi si protraggono oltre alcune ore, provocando fisiologicamente una caduta di attenzione da parte di chi assiste. Se nel gruppo vi sono ostetriche di diversa esperienza, è preferibile che gli abbinamenti non vengano lasciati al caso» (Campiotti, 2001: 2).
- *Ambiente*. Si sottolinea l'importanza dell'ambiente, che deve essere adeguatamente preparato, in modo da «permettere la libertà di espressione ed il rispetto dell'intimità della donna e della coppia». Si tratta di una condizione fondamentale per l'espletarsi di un buon parto, che descriverò meglio in seguito, quando presenterò l'esperienza delle donne che hanno partorito in casa.

- *Travaglio*. Si illustrano elementi per diagnosticare in maniera corretta il travaglio in fase attiva (contrazioni regolari riferite dalla donna, di durata superiore o uguale a 40 secondi e ad intervalli inferiori ai 10 minuti, collo appianato, dilatazione a 2-3 centimetri) e si raccomanda la compilazione attenta del partogramma¹⁵.
- Per quanto riguarda l'assistenza al periodo dilatante trovo significativa la seguente indicazione relativa al controllo del battito cardiaco fetale (BFC): «Le evidenze scientifiche dimostrano che l'auscultazione intermittente e il monitoraggio elettronico continuo sono ugualmente efficaci nel prevenire la morte fetale in travaglio, ammesso che si attribuisca importanza all'identificazione precoce di eventuali anomalie. A domicilio abbiamo inoltre una popolazione definita "a basso rischio" e l'ostetrica ha tutta l'attenzione per una sola donna in travaglio. Il monitoraggio elettronico continuo o intermittente non ha quindi alcun senso nell'assistenza domiciliare. Il BCF viene controllato ad intermittenza mediante auscultazione con stetoscopio o trasduttore ad ultrasuoni. L'auscultazione si effettua ad intervalli di 15-20-30 minuti (in relazione anche all'attività contrattile) prima, durante e per almeno un minuto dopo la contrazione. In presenza di alterazioni del BCF, o di un sospetto riconfermato in tre auscultazioni successive, è opportuno effettuare una registrazione cardiocografica continua; pertanto è indicato il trasferimento in struttura ospedaliera».
- *Rottura artificiale delle membrane*. Si specifica che «la rottura artificiale delle membrane non ha alcuna indicazione nel parto domiciliare. Nei rari casi in cui viene effettuata la dilatazione della bocca uterina deve essere completa e la parte presentata profondamente impegnata».
- *Posizione del parto*. Il documento afferma che «tutti gli studi che hanno preso in considerazione la soddisfazione delle donne hanno dimostrato un maggior benessere tra le donne che avevano partorito in posizioni non litotomiche. È opportuno invitare la donna a spingere assumendo liberamente diverse posizioni verticali, in particolare favorendo quella accovacciata nei casi di difficoltosa discesa della parte presentata e quella car-

poni per prevenire o affrontare la distocia di spalla. Non è utile dirigere la tecnica di spinta della donna; in particolare è preferibile evitare sforzi espulsivi con manovre di Valsalva prolungate».

- *Episiotomia*. Si afferma chiaramente che «gli studi clinici controllati condotti sull'episiotomia non hanno dimostrato che l'uso dell'episiotomia di routine riduca il rischio di danni perineali gravi, prevenga i traumi fetali o riduca il rischio di incontinenza urinaria da stress e il prolasso a distanza».
- *Assistenza al neonato*. Si evidenzia che «non è opportuno effettuare sistematicamente, in particolare in presenza di liquido limpido, l'aspirazione dell'orofaringe e delle vie aeree superiori. È buona pratica effettuare il clampaggio del funicolo dopo qualche minuto dalla cessazione delle pulsazioni».

Si tratta della ricezione piena delle indicazioni fornite dall'OMS (WHO, 1996); ricezione che, come abbiamo detto, non è generalmente presente nei protocolli ospedalieri. L'assistenza domiciliare – per sua natura meno sottoposta a processi di standardizzazione che investono le strutture sanitarie – trova nelle direttive internazionali, volte a contenere l'eccessiva medicalizzazione, elementi di condivisione importanti con i quali dialogare in maniera più flessibile e rapida.

Il rapporto con le strutture ospedaliere nel caso si presenti la necessità di un trasferimento in ospedale e la questione della raccolta dei dati sono situazioni altrettanto affrontate nelle linee guida.

In merito al primo punto, si precisa che «l'ospedale prescelto deve essere raggiungibile in un tempo massimo di 30-40 minuti. È preferibile prendere accordi locali con l'ospedale di riferimento e con il servizio 118, per l'organizzazione dei trasferimenti. È necessario considerare anche la distanza dell'abitazione della donna dalla casa dell'ostetrica».

In merito alla raccolta dei dati è prevista la compilazione della cartella ostetrica e dopo sette giorni dal parto è richiesta ad ogni ostetrica la compilazione di una scheda di assistenza domiciliare da in-

viare alla segreteria del coordinamento. In questo modo i dati dovrebbero confluire nella raccolta generale dei dati relativi al parto (CedAP) ed entrare nelle statistiche nazionali. In realtà, questo processo è ancora denso di criticità. Alcune ostetriche, per esempio, non compilano il CedAP. Come emerge dalle mie interviste, i motivi di questa latitanza sono molteplici: da coloro che ritengono la sua compilazione una seccatura burocratica a coloro che invece la considerano una sorta di possibile interferenza nel loro lavoro. Si tratta, in questo caso di sicuro più marginale, di ostetriche che generalmente operano al di fuori delle linee guida o nel cosiddetto “sommerso”¹⁶.

La questione aperta è infatti la seguente: quanto “guidano” le linee guida? È una domanda che mi sono posta diverse volte ascoltando le esperienze delle ostetriche e delle donne da loro assistite. Le linee guida rappresentano senza dubbio uno strumento importante per le ostetriche libere professioniste che ho intervistato, anche per quelle che non sono iscritte all’Associazione. Ciò nonostante, nella pratica, le indicazioni possono essere alcune volte adattate alla situazione specifica. Il margine di congruenza-non congruenza con le disposizioni risulta infatti piuttosto elastico e viene di volta in volta ridefinito, secondo l’ostetrica e la donna. Si tratta di una situazione comune non soltanto nel contesto italiano, ma presente anche in altri contesti e che rimanda proprio all’assistenza personalizzata che contraddistingue l’ostetrica in libera professione (Cheney, 2010).

Esistono però nel nostro Paese delle questioni irrisolte o ancora soggette al dibattito. È importante infatti tener presente che le ostetriche libere professioniste, pur condividendo visione e obiettivi in merito alla “naturalità” del processo parto-nascita, non sono un gruppo omogeneo. All’interno dell’Associazione Nazionale vi sono delle posizioni più radicali e altre che potremmo definire più caute e conservatrici; ciò si deve ovviamente alla storia personale e professionale di ciascuna e non costituisce di per sé un attributo negativo o positivo. In certi casi le linee guida non costituiscono «quel binario entro cui muoversi» auspicato dalla Presidente, ma sono a volte considerate troppo limitanti:

All'interno del Coordinamento c'è una parte di ostetriche che dice «no linee guida». Niente, nessun criterio. Secondo me, non va bene. La libertà che puoi avere davanti alla singola persona per decidere sì o no in merito a qualcosa è comunque un altro discorso: c'è comunque la responsabilità che tu e la donna ti prendi quando vai borderline [...]. Le linee guida sono per definire la gravidanza a basso rischio. Se tu esci dai criteri, stai facendo una cosa che cambia di livello; e questa è una cosa che non c'entra con «è la donna che sceglie». Allora, fai la precesarizzata in montagna a due ore dall'ospedale e la fai perché «tanto la donna vuole farlo!». C'è un po' un delirio di onnipotenza [...] Allora io assisto un podalico, anzi sono più brava! C'è un po' di confusione sotto il cielo su questa roba (Marta).

Si tratta secondo la Presidente dell'Associazione di un discorso più ampio, che non investe soltanto le indicazioni che sono state definite nelle linee guida, ma che riguarda la qualità del servizio offerto nella sua interezza. Il concetto di qualità è ben espresso dalle sue parole:

Qualità vuol dire tutto. Vuol dire sicurezza per la donna e per l'ostetrica, qualità può voler dire selezione fatta bene, sostegno tra di noi, andare in due, se c'è un problema chiedi, che escano sui giornali le frasi giuste e non le cavolate. Cioè, la qualità è la visibilità corretta. Di sicuro è anche il CedAP, è far la fattura, è andare dagli organi politici e dire «siamo noi» (Marta).

D'altra parte, è evidente che una certa disomogeneità di intenti (dovuta come ho detto a storie di vita e professionali differenti) si traduce in una pratica differenziata. In questo senso, la costruzione di un rapporto di fiducia con l'ostetrica scelta è ancor più fondamentale e seppur tutte condividano profondamente l'approccio fisiologico e non interventista, l'empatia tra donna e singola ostetrica si gioca su altri livelli, anche caratteriali. «Le ostetriche che assistono a domicilio sono tutte primedonne» è una frase che mi è stata ribadita più volte, da loro stesse e da altre persone intervistate. In effetti, è così: la presenza carismatica e un "sano egocentrismo" – che ritengo comprensibile e utile quando si la-

vora con assunzione di tanta responsabilità – sono elementi che ho colto in quasi tutte le professioniste che ho conosciuto; d’altro canto, la competitività e, in certi casi, lo scarso “senso del gruppo” rappresentano gli aspetti critici di questa condizione.

A partire da queste affermazioni, nei prossimi capitoli intendo presentare la visione e l’esperienza delle ostetriche che assistono parti non ospedalieri e delle donne che hanno partorito a domicilio. Mi sembra il modo migliore per cercare di comprendere “dal di dentro” quali siano le aspettative e le esigenze di entrambe e, soprattutto, quale sia il valore aggiunto che questa esperienza apporta al loro modo di essere e di vivere. Alle loro prospettive affiancherò, ovviamente, le mie riflessioni: la mia sarà una voce ulteriore, al contempo di attrice e osservatrice di un processo così complesso da richiedere necessariamente sguardi multipli e narrazioni multivocali.

Note

¹ Il Servizio sanitario nazionale nasce in Italia con la legge parlamentare 833/1978 ed è basato sull'universalità dell'assistenza sanitaria, sulla solidarietà del finanziamento attraverso la fiscalità generale e sull'equità di accesso delle prestazioni. Con il decreto legislativo 502/1992 si introduce l'aziendalizzazione, per favorire l'efficienza e la managerialità della gestione e nel 1999 con il Decreto Legislativo 229/1999 si prevedono i LEA (Livelli Essenziali di Assistenza) per garantire l'uniformità delle prestazioni su tutto il territorio nazionale. Dal 2007 inizia la fase della «qualità e della sicurezza delle cure»: qualità nelle prestazioni e nell'assistenza in tutte le fasi della vita e della malattia; qualità nelle procedure e nelle linee guida; qualità per la sicurezza dei pazienti; qualità nei meccanismi organizzativi e gestionali; qualità nell'arruolamento della dirigenza dove deve contare solo il merito (Ministero della Salute, 2008). La Legge 23 ottobre 1992, n. 421 completa il riordnamento del Servizio sanitario nazionale, attribuendo alle regioni e alle province autonome la competenza in materia di programmazione e organizzazione dell'assistenza sanitaria e riservando allo Stato, in questa materia, la programmazione sanitaria nazionale.

² Sabina Pastura, Daniela Calistri e Anna Mancini.

³ Espulsione della placenta.

⁴ Nella mia definizione rappresenta un centro nascita intra-ospedaliero.

⁵ Il registro degli avvisi al 118 servirà per rilevare tutti i parti programmati a domicilio e costituirà poi una base dati per l'elaborazione del CedAp.

⁶ Per esempio la Casa del parto naturale Aqualuce, struttura che fa parte dell'Ospedale G.B. Grassi di Ostia e che sorge nella pineta che lo circonda.

⁷ La struttura è stata inaugurata durante la revisione finale del presente lavoro, motivo per il quale ho potuto inserirla nell'elenco presentato.

⁸ L'ostetrica condotta viene istituita nel 1906 con Decreto Regio n. 466 per garantire l'assistenza ostetrica a tutte le donne, comprese le non abbienti.

⁹ Il Convegno *Le Culture del Parto* richiama a Milano esperti nazionali e internazionali che si confrontano sui temi del parto e della nascita. I lavori vengono poi pubblicati in un volume omonimo (AAVV, 1981), che rappresenta un classico nel panorama delle pubblicazioni italiane in materia.

¹⁰ Intervista, novembre 2010.

¹¹ www.ostetrichelibereprofessioniste.blogspot.com.

¹² È in fase di elaborazione un nuovo aggiornamento (aprile 2017).

¹³ Il documento contempla la possibilità di assistere anche a trentasette settimane compiute e accertate, dopo una attenta valutazione clinica.

¹⁴ Come vedremo nei prossimi capitoli.

¹⁵ Il partogramma è uno strumento utilizzato dall'ostetrica durante il travaglio per registrare graficamente la sua progressione. I principali dati rilevati riguardano il battito cardiaco del feto e della mamma, la dilatazione della cervice e la tipologia di contrazioni in corso.

¹⁶ Intendo con questo termine il lavoro non dichiarato ai fini fiscali.

L'esperienza delle ostetriche

Il concetto di rispetto

In questo capitolo intendo esplorare la visione, l'esperienza e il ruolo dell'ostetrica libera professionista in Italia. L'obiettivo è di evidenziare le valenze assistenziali ma anche politiche, sociali e culturali che si costruiscono e si esprimono a partire dalla scelta di operare al di fuori del sistema medico istituzionale, ossia di offrire il proprio servizio in forma privata. L'ostetrica libera professionista, infatti, pur appartenendo di volta in volta ai Collegi di Ostetriche o alle associazioni di categoria nazionali o locali¹ si colloca in maniera indipendente nel panorama assistenziale relativo alla gravidanza e al parto. Tale indipendenza produce ed è, allo stesso tempo, il prodotto una messa in discussione degli assunti e dei paradigmi biomedici in merito a tali processi.

La visione delle ostetriche libere professioniste che ho intervistato nel corso della mia ricerca può considerarsi ontologicamente differente da quella biomedica: il parto è un evento innanzitutto fisiologico e come tale deve essere vissuto, interpretato e trattato. La critica si esprime in maniera esplicita nei confronti del riduzionismo insito nello sguardo medico, che – come abbiamo visto – non permette di cogliere la normalità e al contempo l'unicità di tale processo, e di comprenderlo nelle sue valenze esistenziali, psicologiche, sociali, culturali e anche spirituali.

Tale complessità diviene marginale e a volte addirittura invisibile in una visione e in una pratica che enfatizzano il concetto di rischio riproduttivo, abusano della tecnologia, trattano le donne incinte come ammalate e catapultano, infine, il neonato dentro mec-

canismi burocratico-organizzativi che nulla hanno in comune con quella «nascita senza violenza» auspicata da Frederik Leboyer e Lorenzo Braibanti². Una diversità di approccio su cui, di fatto, si radica il confronto tra l'*establishment* medico-ostetrico ortodosso e le professioniste che operano in qualche modo al di fuori di quel sistema. Si tratta di un elemento importante che definisce il quadro generale dentro cui tali professioniste operano e che riguarda, non solo il dialogo/non dialogo tra concezioni e pratiche diverse, ma anche ruoli, status e poteri che incidono sulla costruzione dell'autorità e dell'autorevolezza dei Saperi che riguardano la nostra salute.

Le ostetriche libere professioniste che mi hanno raccontato la loro esperienza assistono a domicilio e, in alcuni casi, lavorano anche in una casa maternità. A prescindere dal luogo di lavoro, ciò che emerge dalle loro narrazioni è una marcata similitudine nei discorsi e nei percorsi professionali. Un filo rosso di argomentazioni, ma anche di rivendicazioni, che hanno reso immediatamente palese l'emergere di un discorso coerente, originale ed efficace. Un discorso che, per certi aspetti, si pone in antitesi con quello medico, ma che si situa in profonda sintonia con le esperienze e le prospettive delle donne che si avvicinano al parto in casa.

È proprio attraverso l'analisi di questi elementi comuni che intendo comprendere il significato sociale, culturale e politico del loro lavoro, all'interno di un contesto che assegna ancora al parto ospedaliero il ruolo di modello egemone. Ciò che intendo dimostrare in queste pagine è che le ostetriche libere professioniste sono in grado di assumere e rivendicare diversi ruoli. Da una parte, quali custodi della fisiologia, delle conoscenze e delle competenze femminili sul parto e la nascita, sia in quanto donne che come professioniste; dall'altra, quali interpreti dei cambiamenti sociali e culturali che hanno portato nel corso degli ultimi decenni a una sempre maggiore medicalizzazione di tali processi; e, allo stesso tempo, all'affermarsi di percorsi differenti che costituiscono oggi delle possibilità concrete per chi opta per un parto non ospedaliero. Nella loro doppia veste di attrici e di interpreti di tali processi intendo, dunque, analizzare la loro esperienza.

Elemento chiave che caratterizza i loro discorsi è il rispetto. Si tratta di un concetto centrale, attorno al quale si elabora non solo una visione della gravidanza e della nascita ma anche l'insieme delle pratiche che vengono messe in campo durante il percorso di accompagnamento e assistenza ostetrica. Il rispetto rimanda a diverse questioni. Le esaminerò nel dettaglio, iniziando dalle parole di un'ostetrica:

Ho visto che in ospedale non c'era la possibilità... perché una donna non la conosci, devi attuare i protocolli, hai fretta e c'è il medico che ti dice di fare un'altra cosa. Non hai la possibilità di rispettare la donna nel suo momento, nel momento del parto, con quello di cui in realtà ha bisogno: di non essere disturbata, di essere aiutata, di essere coccolata, di essere incoraggiata (Elisa, ostetrica libera professionista, 2011).

Hanno il loro protocollo [In ospedale] e quello deve essere! Cioè, per me è un po' inconcepibile. Già se una donna gli dice: «No, non mettermi l'ago della flebo» dicono: «Ah questa rompe, qua, là... Chiederai, no?!» Prima c'è il volere e il benessere della mamma, poi il tuo protocollo, casomai! (Elisa).

Per tutte le ostetriche intervistate «rispettare la donna nel suo momento» è fondamentale. Non solo il rispetto in generale (del vissuto, delle scelte, dei desideri, dei saperi, del corpo, ecc.), ma il rispetto delle necessità specifiche di quella donna e di quella gravidanza. Un rispetto che non è ricercato, ma è il presupposto per qualsiasi relazione donna-ostetrica e che procede di pari passo con la conoscenza reciproca, con l'instaurarsi cioè, di una relazione di fiducia che è parte di un percorso che richiede tempo, dialogo, condivisione di assunti e di intenti.

Il percorso può iniziare molto presto (quasi all'inizio della gravidanza) o nei mesi successivi, ma in linea di massima si preferisce un primo contatto almeno due mesi prima della data del parto. Ciò permette all'ostetrica e alla donna di conoscersi e di “scegliersi” reciprocamente; permette poi all'ostetrica di comprendeere

re le dinamiche specifiche che riguardano quella gravidanza, quel bambino, quella coppia, quell'ambiente.

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

Questo atteggiamento di condivisione di un percorso non riguarda solo il parto in se stesso ma l'esperienza di vita della donna, come ben sottolinea l'ostetrica Cristina, che appartiene al "gruppo storico"³ delle ostetriche libere professioniste italiane:

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

È un approccio che permette, altresì, di individuare situazioni di conflitto o problematiche di diverso genere che, con il tempo a disposizione e un percorso specifico sul piano corporeo, emozionale o relazionale, possono essere portate alla luce e risolte durante la gravidanza e non "emergere" dunque durante il parto. Perché, come ben sanno le ostetriche, al momento del parto tutta la vita della donna, tutta la sua esperienza e la sua storia entrano, in qualche modo, in gioco. «Partorisci come sei» è una frase ricorren-

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

Anni fa una donna voleva partorire in casa e poi da una mia intuizione... perché lei aveva detto che non voleva fare il bagno, aveva paura dell'acqua. E poi era venuto fuori che lei era stata abusata dal suo patrigno, e da questo segno dell'acqua... e io le ho detto: «Ma perché? Cosa ti ricorda?». E lì, eravamo da sole: «Una volta quando ero piccola in bagno è successo una cosa»; «Se vuoi, dimmelo». Me l'ha detto. Dopo di che, siam partite col parto in casa, arrivata a 5-6 cm: il blocco, cesareo. Però io sapevo perché. Tra l'altro paradossalmente quando c'è un blocco della dilatazione lì si sarebbe davvero risolto con l'acqua. Io glielo avevo detto: «Guarda, se adesso tu riuscissi...». C'era dietro tutto, anche il suo dolore. Io glielo detto, senza sapere se il suo compagno lo sapeva o no, le ho detto: «Guarda, questa situazione del collo così, con l'acqua calda, se vuoi farlo, pensaci un attimo». E lei ha detto: «No, no». Lì era proprio non volere andar dentro e affrontar sta roba qua. Però, poi, questo segreto ci ha unito. Il secondo ha fatto un cesareo programmato, non ha più neanche voluto provare (Marta).

Si tratta di aspetti che l'ostetrica riesce a captare attraverso una sensibilità pronunciata («semplicemente hai questa consapevol-

za, te lo senti»)⁴ e affinata dall'esperienza e che sono parte di quel bagaglio di abilità e competenze che questo tipo di professionista rivendica come fondamentali del suo profilo; e che le modalità del suo lavoro, *in primis*, il tempo a disposizione per conoscere la donna, le rendono, di fatto, attuabili.

Ha partorito adesso, il 19 marzo, una mamma che era di fatto giovane, molto tranquilla. Le scelte di base erano un certo stile di vita, molto in viaggio, quindi di una certa cultura, insomma. Poi però arrivata alla 38° settimana, che viene il momento che facciamo la visita e che comincia la reperibilità, che iniziamo il percorso del parto, mi viene la mia collega e mi dice: «C'ha qualcosa, c'ha qualcosa. Non mi convince». Quindi, si sente. Si sente che hanno una paura o una chiusura, che, in realtà, non sono proprio prontissime. Si nascondono nella paura. Oppure, magari vorrebbero mentalmente, ma non hanno fatto veramente questo percorso, non sono veramente pronte. Lo senti proprio a pelle! E poi c'è anche da dire che sotto c'è la nostra convinzione che il corpo e l'anima sono la stessa cosa, quindi, comunque, trovi sempre dei riscontri sul corpo, mai a caso. Anche a livello ostetrico non è preparatissima... tutte cose fisiologiche eh, però... quelle cosine che dici «succede qualcosa». [...] Semplicemente hai questa consapevolezza, te lo senti (Annalisa, ostetrica libera professionista, 2011).

L'intuizione gioca un ruolo importante in questo processo, ed è comunemente legata al percorso di conoscenza reciproca che avviene tra donna e professionista⁵. «Più conosco la donna, più mi arriva», afferma Marta.

Per me l'ostetrica deve proprio stare nel tempo presente, ma molto coll'occhio dietro a quello che è successo e che sa di quella donna; e con l'occhio avanti: prevedere quello che può succedere, come può andare, è proprio un lavoro di tessitura. Cioè, anche quando porti una madre in ospedale magari c'è un problema e già il fatto di prevederlo, capire come può andare, sia dal punto di vista del bambino che della mamma... cioè domandarsi molto: «Cosa sta succedendo?» Lo dico sempre ai corsi per ostetriche: «Cosa posso fare? Rompete il sacco, fate lo *shiatsu*, fate l'agopuntura, omeopatia...

No! Domandatevi cosa sta succedendo, perché! Non cosa posso fare. Sempre devi star dentro nella dinamica di quel parto lì, perché sta succedendo una cosa! Cosa posso fare? Se non hai capito dov'è il problema. Non è tanto un fare» (Marta).

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

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

In ospedale io c'ho lavorato per qualche anno. Chiaro, è brutto, quando finisci il turno lasci una donna a 7-8 cm. Non sai come andrà, magari smonti, di notte torni in ospedale, non sai neanche se ha attaccato il bambino al seno! Hai capito?! Quindi, questa frammentarietà che io sentivo in ospedale, io dicevo, io non ... ho scelto di fare altro (Monica, ostetrica libera professionista, 2011).

Quando ti arriva la donna in ospedale non l'hai mai vista, devi instaurare un rapporto nel giro di pochissimi minuti, e sono i più determinanti quando tu la accogli. Perché se tu la accogli male o se lei ti prende male, è finita! Non c'è più relazione e quindi va male anche il parto, per forza! Non a caso, a quella donna con te o con la collega le si è bloccato il travaglio. Cambia il turno, arriva l'altra e due minuti ha partorito, perché si trova con quell'ostetrica (Vianella, ostetrica libera professionista, 2011).

La conoscenza reciproca richiede – come detto – del tempo. Si tratta di un tempo dilatato e mai uguale nei singoli percorsi: un'idea flessibile della durata che rappresenta un valore aggiunto anche nel momento del parto, in cui i “tempi” (dei prodromi⁶, del travaglio e delle diverse fasi del parto) non sono quelli rigidamente previsti dai protocolli o dai manuali di ostetricia, ma sono i tempi di quella mamma e di quel bambino, nella loro peculiarità e specificità⁷. L'ostetrica aspetta, osserva e agisce, se necessario. La sua azione però non è mai predefinita: non innesca mai un processo che mostra di avere dentro di sé la capacità di perpetuarsi. È un'azione di accompagnamento di ciò che accade, di facilitatrice di un processo che ha in sé il proprio percorso.

Secondo me bisognerebbe ritornare a far capire alle donne che il potere sta nelle loro mani e non che la struttura, il medico deve risolvere, no? È una cosa che ti tocca a te, è una cosa tua, per cui sono tempi suoi, non puoi determinare prima; o, come fanno loro, i medici: «ogni ora deve dilatarsi un cm sennò sei fuori il coso...» ma chi l'ha detto?! Io a volte sono a casa 24 ore e non succede niente, sono a 3 cm. e in mezz'ora... partoriscono quando hanno deciso, no? Però, se vai in ospedale, sei fuori orari, fuori, fuori la curva, no? Bisogna cominciare a... sollecitare le contrazioni, rompere i sacchi, fare monitoraggi continui, tutte queste cose che cosa vuoi che portino! Se una è già stressata, così mai più l'aiutano a risolvere niente, no? (Luciana, ostetrica libera professionista, 2013).

Che poi anche lì, l'ultima che ho accompagnato [in ospedale], fai di tutto per rilassare 'sta donna, faccio di tutto, si addormenta russa e... vien 'sta oste-

trica dentro con la porta, «boom!»: «Signora, bisogna misurar la pressione!» E dici, allora: «Ma che cavolo stai facendo?!» Per forza che ora misuri la pressione e ce l'ha a 200! Questa si era appena addormentata, tu vieni dentro con la porta «boom!» capisci? Per cui... un minimo di sensibilità... no, perché a quest'ora bisogna farlo e non esiste far diversamente! (Luciana).

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

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

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

Il concetto di rispetto è ancora una volta un elemento caratterizzante e permette la costruzione di un «ambiente magico» nelle parole di Vianella. Un ambiente che va al di là del luogo fisico in cui ci si trova:

La differenza è enorme, l'ho vista quando ho assistito al mio primo parto in casa. C'è poco da fare, lì è un'altra cosa, è un ambiente magico che in ospedale non avrai mai (Vianella).

E aggiunge:

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

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

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

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

Noi non facciamo nulla di routine. Raramente facciamo la vitamina k, l'antibiotico, a meno che non ce lo chiedano i genitori [...]⁸. Non facciamo subito il bagnetto dopo la nascita, cerchiamo proprio di stare in punta di piedi e di lasciare godere... tutto lì. Veramente ha bisogno di poche cose il neo-

nato, tutto il resto sono dei rituali che servono più a chi li fa che al neonato o alla mamma, son di solito rituali in ospedale per dare potere a una certa istituzione, per giustificare a volte la presenza di determinato personale, però c'è veramente bisogno di poco (Annalisa).

Anche su questo tema le ostetriche sottolineano la diversità di approccio rispetto alle pratiche ospedaliere. Non si tratta solamente di attuare una modalità meno interventista nei confronti della mamma e del neonato. Si tratta di attuare una diversa tempistica, nel rispetto dei tempi naturali di adattamento mamma-bambino e mamma-bambino-papà. Le dinamiche ospedaliere e una visione “clinico-consumistica” dell'evento, per cui, bisogna comunque intervenire prima possibile, rendono, di fatto, tale processo difficile o fugace:

Fanno quello che vogliono [in ospedale]. Un papà mi ha detto: «Mi dispiace, ho cercato di ritardare il più possibile... sì, perché io ho chiesto che ci lasciassero da soli un po' finché non c'è il secondamento e il cordone sia attaccato e se potevano uscire, per cortesia». Sì, sono usciti due minuti, poi sono tornati indietro, in dieci con pediatra, infermiera pediatrica eccetera, dicendo: «Guardi, dobbiamo fare la prima visita e dobbiamo tagliare il cordone, portarlo di là». Quando è così, cosa fai? Cioè, vuoi creare un attimo l'unione... anche dieci minuti bastavano... Allucinante: hanno paura, cioè loro, finché non esce il bambino, taglio, secondamento avvenuto, fatta l'ossitocina, utero contratto a palla, perché poi, con l'ossitocina sintetica... bambino lavato, vestito preparato, fatto le visite, collirio, antibiotico, tutto bello sterile! [...]. Lì sono a posto e tutto il percorso viene fatto di corsa con una adrenalina allucinante, in ansia, il tempo per dare a questi [i genitori] non c'è! Mi sconvolge ogni volta qualsiasi racconto, mi vengono i brividi! (Caterina, ostetrica libera professionista, 2011).

Il concetto di rispetto si estende anche agli strumenti che l'ostetrica ha a disposizione per intervenire. Significa, nei discorsi delle ostetriche intervistate, attribuire a questi il giusto valore. Le risorse a disposizione di un'ostetrica libera professionista sono di diverso tipo. Agli strumenti e alle tecniche prettamente ostetriche si accompagna-

no spesso risorse provenienti da altre discipline, come l'omeopatia, lo *shiatsu*, la riflessologia, l'osteopatia, la fitoterapia, il canto carnatico⁹, solo per citarne alcune. Ovviamente poi, se necessario, ci sono anche le risorse di natura medica. L'elemento chiave nei loro discorsi è però la capacità di non abusarne. È questo un altro valore aggiunto del lavoro dell'ostetrica libera professionista, che valuta caso per caso la necessità di impiego di una risorsa piuttosto che di un'altra. Ciò non significa che le ostetriche lavorino al di fuori di qualsiasi percorso standardizzato. Esistono, come abbiamo visto, le linee guida per l'assistenza al parto domiciliare, le quali forniscono delle indicazioni precise. In generale, però, ciò che traspare dall'esperienza di queste ostetriche è che la visione diversa del processo permette una maggiore flessibilità e un più ampio margine di azione durante l'assistenza, in base anche alle esigenze specifiche del momento.

Fare una flebo di ossitocina significa fare un monitoraggio continuo, cosa che non vogliamo fare perché assistiamo donne sane e quindi, travagli fisiologici. Quindi, nel momento in cui fai la flebo di ossitocina e non sai come il bambino può reagire. Quindi si sceglie proprio di non usare farmaci. Usiamo altri strumenti, a volte ce ne inventiamo, devo dire, di tutti i colori, dai tamburi ai massaggi, le posizioni, di tutto di più insomma. Quando vediamo che con i nostri strumenti non riusciamo più a far andare avanti il travaglio... basta, si va in ospedale con l'ostetrica (Annalisa).

Il non interventismo o meglio, il rifiuto dell'interventismo non necessario è un aspetto peculiare dell'approccio delle ostetriche libere professioniste: un'intenzionalità che va di pari passo con il rispetto dei desideri, dei bisogni e delle aspettative della mamma e del bambino. Alla mia domanda rispetto a quando venga tagliato il cordone ombelicale in un parto in casa¹⁰, l'ostetrica Vianella risponde in questo modo:

Lo decidiamo insieme alla mamma nel momento più opportuno per lei. Se non vogliono fare il *lotus*¹¹, di solito questa è la prassi: si aspetta la placenta, chiudiamo la placenta in una cosa che non sanguini dappertutto, lascia-

mo vicino al bambino la placenta e poi [la mamma] lo attacca al seno. Passate le prime due ore dopo il parto, quando ha mangiato, si è attaccato bene, abbiamo visto una buona suzione, allora c'è il momento della... possiamo misurarlo, pesarlo, vestirlo. [...] A volte abbiamo fatto anche dopo, anche più tardi, anche il giorno dopo; magari non volevano fare il *lotus*, però: «Lasciamo ancora un po' lì». Magari lo abbiamo tagliato dopo sette, otto, dieci ore dal parto, a seconda di come vogliono fare loro (Vianella).

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

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

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

Il sostegno durante il puerperio è una parte fondamentale del lavoro dell'ostetrica libera professionista, che rimanda a una differenziazione sostanziale rispetto al parto in ospedale. L'assistenza ospedaliera si completa di fatto con la degenza (in media tre giorni se il parto è stato spontaneo e quattro/cinque giorni se vi è stato un cesareo) e non prevede un percorso di accompagnamento per la donna che rientra a casa e che ha delle necessità nuove, sia sul piano fisico che emozionale. Le donne che partoriscono in ospedale si ritrovano completamente sole: il senso di smarrimento, i timori, i dubbi su come accudire il proprio piccolo e su come rielaborare le nuove dinamiche identitarie e di coppia incidono fortemente sul benessere fisico ed emozionale della nuova famiglia, come è stato abbondantemente dimostrato¹². La donna che sceglie un'ostetrica libera professionista gode, al contrario, di un'assistenza e di un accompagnamento anche dopo il parto, più assidua nei giorni seguenti e poi, a richiesta, in quelli successivi. Si tratta di momenti in cui si verifica, si visita, ma anche si ascolta, si consiglia e si sostiene. È, in sintesi, un'ulteriore forma di rispetto: in questo caso un rispetto che rimanda alla comprensione del processo nella sua totalità esperienziale, che non termina con la fuoriuscita del bambino o con la dimissione ospedaliera.

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

- il rispetto della donna: del vissuto delle scelte, dei desideri, dei saperi, dei sentimenti, delle emozioni e del corpo;
- il rispetto dei bisogni della mamma e del bambino;
- il rispetto dei bisogni della coppia (donna e uomo) e della triade (mamma, papà, bambino);
- il rispetto del luogo, inteso come ambiente fisico e sociale che contiene l'intero processo;

- il rispetto delle pratiche e degli strumenti a disposizione, inteso come capacità di non abusarne; il rispetto per la propria professione: la competenza, il ruolo e l'etica;
- il rispetto del processo nel suo complesso, nella sua valenza di evento unico ed eccezionale e di evento universale e collettivo.

Il ruolo culturale, sociale e politico delle ostetriche libere professioniste

La visione basata sul rispetto permette l'elaborazione di un discorso e di una pratica che enfatizzano alcuni elementi piuttosto che altri: l'ascolto e la comprensione, il supporto emotivo, il non interventismo. Tutti aspetti che non si affiancano semplicemente all'assistenza ostetrica di tipo tradizionale per renderla "più umanizzata", ma che contribuiscono alla costruzione di un "tipo particolare" di assistenza ostetrica che rimanda a un'idea diversa del parto e della nascita rispetto a quella biomedica. Sicuramente, anche nell'ostetricia ospedaliera sono presenti, in parte, queste componenti e ne sono consapevoli. Qui però sostengo la tesi che nell'assistenza in libera professione – dove non sono presenti i protocolli istituzionali e dove la logica di intervento non è quella biomedica – tali aspetti possano essere maggiormente espressi e praticati, tanto da diventare preponderanti e connotativi della professionista stessa.

Si tratta di un approccio che secondo le ostetriche dovrebbe essere sempre presente in una gravidanza fisiologica e in un parto normale: ossia, nelle efficaci parole di una mia interlocutrice «dove vi è una donna sana con un bimbo sano».

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

Questa estrema attenzione ai bisogni e alle necessità della mamma e del bambino – piuttosto che a quella dell'*establishment* medico sanitario, del business farmaceutico, del protocollo ecc. – fa sì

che alcuni contenuti siano veicolati nei discorsi e nelle pratiche delle libere professioniste in maniera più marcata di altri e diventino il cardine sul quale si costruisce non solo una professionalità rispettosa, ma anche un dispositivo di riflessione sociale. È questo secondo aspetto che intendo analizzare nelle pagine che seguono.

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

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

Innanzitutto identifico nell'ostetrica libera professionista una dimensione sociale, che rimanda al lavoro di accompagnamento della donna e della coppia nel percorso nascita. Si tratta di un ac-

compagnamento fisico e simbolico allo stesso tempo, che non si limita alla mera assistenza al processo fisiologico, ma include un sostegno di tipo più ampio, prima e dopo il parto.

L'esempio del postparto è emblematico. Il dover sostenere le donne in questa fase tanto delicata significa non soltanto essere dispensatrici di consigli o effettuare controlli fisiologici; ma anche mettere in luce quei processi che hanno portato all'affievolirsi della rete privata di sostegno femminile che fino a qualche decennio fa supportava la donna nel suo nuovo ruolo di madre. Significa, ancora, denunciare la mancanza di supporti istituzionali (per esempio di ostetriche territoriali che seguano le donne anche dopo i parti ospedalieri, attraverso visite domiciliari)¹³, rimandando dunque alla dimensione politico-economica della questione.

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

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

Questa “malattia sociale” che rimanda a “donne e famiglie deboli” è una tematica ricorrente nelle varie interviste. A volte assume i toni di una riflessione generale, di natura anche filosofica, e relativa all'importanza della buona nascita per la costruzione di individui socialmente sani, e, di conseguenza, di società sane (Illich, 2005). Diverse ostetriche citano, a questo proposito, la frase dell'ostetrica e poetessa Ibu Robin Lim¹⁴: «Il mondo cambia una nascita alla volta»; oppure quella altrettanto nota di Michelle Odent:

«Se vogliamo cambiare il mondo, dobbiamo cambiare il modo in cui veniamo al mondo».

Altre volte, assume i connotati di una riflessione di natura storica, sui processi che hanno portato alla condizione attuale della donna e sul suo ruolo di attrice, o meno, nelle questioni che riguardano il suo corpo e la sua persona:

Oggi sono meno capaci di chiedere aiuto, aiuto relazionale, magari sono più capaci di chiedere un aiuto all'epidurale, al computer, non so, un aiuto tecnologico, ma non sono in grado di chiedere: «Aiatami!». Né alla mamma, né alla zia, né all'ostetrica. Riconoscere che siamo dentro una rete che ha bisogno di aiuto. Poi la difficoltà diventa sul bambino, anche il bambino lo vedono come autonomo; cioè, se non riconosco che ho bisogno di aiuto, non lo riconosco neanche nell'altro; cioè, il bambino ha bisogno di te sempre, come tu hai bisogno della mamma, dell'ostetrica, di tuo marito. Cioè, questa finta autonomia, mamma mia... pazzesco! (Marta).

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

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

Tali donne sono anche, secondo le ostetriche intervistate, delle donne terribilmente sole, dove la catena di supporto femminile che proteggeva la neomamma nelle generazioni passate è venuta a mancare sia in seno alla famiglia, sia nella rete sociale più prossima. Alla mia domanda in merito al ruolo dell'amicizia (dell'amica), in questo processo, così ha risposto l'ostetrica Elisa:

No, no. No, perché sono donne che hanno gli stessi problemi. Vivono la stessa influenza della società. Ma va là, ma va là. Ma dove, ma dove. Ma dove? Son tutte là in carriera, a lavorare, ma lo sai meglio di me. La donna lavora dalla mattina alla sera, fa una fatica bestia, arriva a casa morta e c'è solo il lavoro e la fatica ad arrivare a fine mese. E quindi tu, le tue amiche, le tue sorelle non le vedi neanche! Perché lavorano! Sei da sola... nonostante hai delle amiche incredibilmente amiche, bellissime, col cuore d'oro, ma non ce la fanno a starti vicino, perché loro per prime stanno messe malissimo. Tutte, tutte solo col lavoro. Non hanno tempo per sé, figurati se hanno tempo per le amiche (Elisa).

Si tratta – nell'analisi delle ostetriche intervistate – di una condizione storica nella quale le donne sono immerse, al tempo stesso come vittime e come legittimatrici di meccanismi di potere non orizzontali ai quali non riescono a sottrarsi. È quella *authoritative knowledge* definita da Jordan come «the knowledge that participants agree counts in a particular situation, that they see as consequential, on the basis of which they make decisions and provide justifications for courses of action. It is the knowledge that within a community is considered legitimate, consequential, official, worthy of discussion, and appropriate for justifying particular actions by people engaged in accomplishing the tasks at hand» (Jordan, 1997: 58); un insieme di elementi che subiscono un processo di naturalizzazione così profonda da non permettere l'emergere di discorsi differenti, se non, appunto, nella marginalità.

Nello specifico del parto, l'ospedalizzazione generalizzata ha senza dubbio contribuito nel corso del tempo alla perdita o alla devalorizzazione dei saperi femminili, minando alla base la fiducia del-

le donne nelle proprie capacità e la stessa conoscenza delle proprie potenzialità e abilità. Questo è un tema su cui insistono profondamente le ostetriche che lavorano in libera professione:

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

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

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

Tali considerazioni, che rimandano a una decisione percepita socialmente come controcorrente, rappresentano aspetti non secondari per comprendere i processi di incorporazione dei modelli egemonici che hanno portato la maggioranza delle donne a consegnarsi in toto all'istituzione ospedaliera. Il discredito e la delegittimazione di possibilità "altre" di essere e di fare riaffermano, di fatto, il "sapere autorevole" di cui parla Jordan, il cui potere «is not that it is correct but that it counts» (Jordan, 1997: 58). Come afferma Lupo, si tratta di una «questione dagli evidenti risvolti politici, nella misura in cui le scelte di chi detiene tale potere interferiranno con la libertà d'azione di chi non lo detiene, imponendo certe condotte e inibendone altre» (Lupo, 2012: 143).

Sono processi che investono anche la capacità di critica, che viene minata nelle sue possibilità di espressione e attuazione, come racconta l'ostetrica Elisa:

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

È in questo contesto di pensiero monolitico che si avviano quei processi di devalorizzazione delle modalità non in linea con la visione dominante, che ne provocano, in molti casi, il disconoscimento. In merito al parto domiciliare è emblematica la scarsa conoscenza che

le donne, in genere, dimostrano non solo sulla sua praticabilità (esistenza di ostetriche che offrono tale tipo di assistenza e di donne e coppie che la richiedono, esistenza di politiche pubbliche di sostegno al parto domiciliare in alcune regioni italiane), ma, soprattutto, sulle evidenze scientifiche che ne rivelano la sua sicurezza: un elemento solitamente associato in maniera esclusiva al parto ospedaliero.

Le ostetriche storiche sottolineano con forza la differenza generazionale in merito agli aspetti finora presi in considerazione, di cui sono al contempo osservatrici e interpreti:

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

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

Anche la biografia professionale di Cristina rimanda agli stessi elementi:

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

La mancanza di fiducia delle donne in se stesse e dunque la continua ricerca di espedienti esterni che possano in qualche modo rassicurarle (dal ginecologo alla tecnologia) è uno degli aspetti ridondanti nei discorsi e riguarda, seppure in grado minore, anche le donne che optano per il parto non ospedaliero. Le ostetriche rilevano che, pur essendo queste ultime spesso dotate di maggiore consapevolezza delle proprie risorse e di maggiore informazione in merito ai propri diritti e alle opzioni a disposizione, vi è comunque, anche in loro, uno smantellamento della memoria storica in merito ai saperi e ai poteri femminili sul parto, che certamente affonda le sue radici molto lontano:

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

È un fattore prettamente culturale... è stata fatta tabula rasa di quello che era l'esperienza precedente con le nuove generazioni (Elisa).

Molte delle questioni emerse in questi brevi passaggi di intervista sono state chiaramente messe in luce dagli studi antropologici, alcuni dei quali di matrice femminista e marxista: per esempio, la visione patriarcale insita nello sguardo biomedico, la concezione del corpo della donna come macchina (spesso, peraltro, imperfetta) e del processo riproduttivo, come produzione, sono state abbondantemente analizzate (Rich, 1973; Enreinreich, English, 1973; Martin, 1987, Rothman, 1989; Davis-Floyd, 1992; Frenckling, Ragone, 1997; Eisler, 2011). Si tratta di un corpus di riflessioni che contribuiscono a delineare un quadro interpretativo complesso nelle sue diramazioni di cui sono portatrici, seppur in gradi diversi, tutte le ostetriche libere professioniste che ho intervistato.

L'ostetrica libera professionista è anche un'interprete di tali processi: li vive, li osserva, cerca di comprenderli, se ne appropria, per poi poterli in qualche modo fronteggiare e gestire nel suo lavoro quotidiano. Questo ruolo è, secondo me, fondamentale perché offre un punto di vista diverso che può contribuire a una riflessione critica che tutti (ognuno nel suo ruolo) dovremmo condurre in merito al come si partorisce e si nasce nella nostra società.

L'ostetrica in libera professione può inoltre essere una facilitatrice di tali processi, in grado di innescare quelle dinamiche di riappropriazione dei saperi femminili sulla nascita che rappresentano il nodo centrale per l'implementazione di una visione diversa del parto, anche nelle strutture ospedaliere.

Tale professionista, proprio grazie al suo approccio, è in grado di innestare dei meccanismi di conoscenza, autostima, consapevolezza, che possono contribuire a ridare fiducia alle donne, in modo che queste possano riappropriarsi della gestione del processo riproduttivo. Questo essere facilitatrice di processi culturali emerge in modo chiaro, a mio avviso, non tanto da un'intenzionalità del fare, ma dall'ideologia del non fare, partendo dalla constatazione che «le donne sanno partorire e i bambini sanno nascere», come diceva Lorenzo Braibanti (Braibanti, 2009).

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

mentale di traghettare le donne dentro un'esperienza fondante, offrendo loro gli strumenti non solo per viverla pienamente, ma per comprenderla fino in fondo nella sua essenza:

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

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

Essere custodi dei saperi femminili in quanto donne e libere professioniste non significa di certo relegare le conoscenze tecnico-ostetriche ad un ruolo marginale. Significa, come ho già avuto modo di accennare, costruire un modo differente di essere e fare l'ostetrica, che recupera dimensioni (fisiologiche, ma anche sociali e culturali) disattese da un approccio strettamente biomedico e eccessivamente tecnologico. Questo è un punto importante. Le ostetriche libere professioniste di certo non si formano al di fuori dei paradigmi che legittimano tale approccio. In Italia, dal 2001 il titolo accademico di Dottore in Ostetricia prevede la frequenza a un corso di Laurea in Ostetricia della durata di tre anni, a numero chiuso e a cui si accede con il diploma di scuola media superiore quinquennale. In seguito l'ostetrica/o può conseguire la Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche e Ostetriche (altri due anni). Fino al 2001 si accedeva invece attraverso un Diploma Universitario e/o con un biennio di specializzazione dopo aver svolto un corso di Infermieristica. Il nuovo percorso accademico ha introdotto delle novità nei curricula formativi e scientifici dei diversi Corsi di Laurea, come sottolinea la Presidente della Federazione Nazionale Collegi Ostetrici:

Con la Laurea vi è stato il riconoscimento del nostro settore scientifico-disciplinare. Dunque da allora sono docenti anche le ostetriche e quindi le ostetriche possono passare direttamente il loro contenuto teorico e applicativo. Ci sono ostetriche che fanno anche ricerca. Per cui le allieve di questa generazione hanno ben presente queste questioni, in quanto l'ostetrica docente contrasta la medicalizzazione non necessaria. Noi adesso passiamo questi messaggi (Presidente Federazione Nazionale Collegi Ostetriche, 2010).

Ciò nonostante, è innegabile che la maggioranza delle cattedre universitarie relative ai Corsi di Laurea in Ostetricia siano affidate a medici, così come il loro coordinamento, la presidenza e altre cariche accademiche. Anche il tirocinio è previsto esclusivamente in ambiente sanitario-ospedaliero o in clinica universitaria. I curricula accademici appaiono dunque ancora fortemente orientati alla biomedicina. Le discipline psicologiche, socioantropologiche, co-

municative e storiche, che potrebbero ampliare le competenze delle professioniste rispetto agli aspetti socioculturali e relazionali che l'accompagnamento di un processo come il parto e la nascita comportano, sono presenti in maniera molto marginale.

La formazione biomedica non risponde alle aspettative di nessuna delle ostetriche da me intervistate. Pur negli specifici percorsi di vita, ognuna di queste sente che quel tipo di ostetricia non corrisponde al proprio modo di intendere la professione e di concepire il parto e la nascita, e fin dal percorso accademico (per alcune ancor prima) indirizza la sua attenzione verso modalità *altre* di assistenza. Si tratta di percorsi non facili, di scelte *borderline* – come affermano alcune delle mie interlocutrici – che rendono a volte tali ostetriche delle professioniste guardate con sospetto da chi persegue cammini più ortodossi. La relazione tra ostetrica libera professionista e ostetrica ospedaliera e/o tra la prima e l'*establishment* medico non è sempre facile.

È proprio il suo essere marginale (nel suo “fare” al di fuori del sistema) a costituire un elemento di crisi del sistema stesso, se nella marginalità includiamo anche la possibilità di esprimere una critica culturale che affondi le sue radici in una concezione diversa della donna e della società. I saperi e le pratiche di cui sono portatrici le ostetriche che assistono parti a domicilio esprimono infatti una forma di resistenza esplicita ai modelli egemonici di interpretazione e azione nei confronti della salute, della malattia, del corpo, della vita e della morte.

Nello specifico del parto, il modello di assistenza tecnocratico o tecno-medico (Davis-Floyd, 1992), dove la tecnologia non è al servizio della donna, ma diventa una forma di controllo individuale e sociale, trova un interlocutore inedito. L'ostetrica di cui parlo è in grado di far emergere autonomamente la sua *agency*, muovendosi in modo consapevole dentro un contesto biopolitico che spesso definisce in maniera univoca i rapporti tra persone-stato-istituzioni (Foucault, 1976; Lindenbaum, Lock, 1993; Browner, Sargent, 2011).

Per concludere, quali attrici-interpreti dei cambiamenti sociali, custodi dei saperi femminili sulla nascita e facilitatrici di processi di riemersione e riappropriazione del ruolo della donna nei pro-

cessi decisionali che la riguardano, ritengo che le ostetriche libere professioniste siano veicolo di una riflessione importante anche dal punto di vista politico.

Se la riappropriazione di cui ho detto significa anche donne che si mobilitano per esercitare i propri diritti – per esempio chiedendo un sostegno economico in merito al luogo dove partorire – ciò si deve anche alla presenza di professioniste libere che rivendicano una modalità differente di essere e di esercitare una professione, a volte, in contrapposizione con il sistema ufficiale. Si tratta, in questo senso, di ostetriche postmoderne (Davis-Floyd, 1997)¹⁵, che attraverso il loro lavoro legittimano e permettono l'espressione di modalità differenti di pensare e di essere in quanto donne e in quanto madri. La natura politica del loro ruolo si ritrova dunque nella capacità di difendere e negoziare spazi di potere, al contempo privati e professionali, individuali e collettivi. Nell'ottica di un dialogo costruttivo tra approcci differenti, tali elementi potrebbero costituire, infatti, un interessante serbatoio (di conoscenza e di esperienza) dal quale attingere per fomentare l'approccio fisiologico anche nelle strutture ospedaliere.

La nozione di rispetto emersa nel mio lavoro diventa un'importante componente per ridefinire la natura dei rapporti tra i soggetti coinvolti in questo processo. Si tratta di una nozione polisemica che va ben oltre l'aspetto specificatamente etico. In primo luogo, indica un insieme di elementi che rimandano ad atteggiamenti e comportamenti che definiscono una certa pratica ostetrica; in secondo luogo, risulta una nozione estremamente fertile in quanto veicolo di significati plurimi che si esprimono allo stesso tempo sul piano sociale, culturale e politico che – come appena visto – possono contribuire alla costruzione di una visione critica dei processi collettivi nei quali siamo immersi; in terzo luogo, come approfondiremo tra poco, è una nozione fondamentale anche nei discorsi delle donne che hanno usufruito di un'assistenza domiciliare al parto, e in questo senso, si presenta come un filo rosso dal quale – nell'ottica di un ripensamento dell'assistenza al parto nel nostro Paese – non si può più prescindere.

Note

¹ In Italia i Collegi di Ostetriche sono provinciali e fanno parte della Federazione Nazionale dei Collegi Ostetriche.

² Leboyer è riconosciuto come il maestro per eccellenza dalla maggioranza delle ostetriche che ho intervistato. Diverse di queste, sia in Spagna che in Italia, mi hanno raccontato di aver deciso di intraprendere la professione proprio a seguito della lettura del libro *Per una nascita senza violenza* (Leboyer, 2000), in cui si raccontano attraverso gli occhi, la pelle, la vista, il gusto e l'olfatto di un neonato i primi momenti di vita in ospedale. Braibanti (1921-1989), medico ginecologo piacentino e primario presso l'Ospedale di Monticelli d'Angine tra gli anni Settanta e Ottanta, è riconosciuto come maestro da parte di alcune ostetriche italiane per la sua capacità di comprendere la normalità del parto e della nascita e il suo instancabile lavoro di ginecologo al servizio delle donne (cfr. Braibanti, 2009).

³ Ho delineato un "gruppo storico" di ostetriche libere professioniste, la cui età media si aggira intorno ai 55 anni, che comprende le fondatrici dei vari movimenti di emancipazione femminile e rivendicazione del parto e della sessualità – alcuni di matrice femminista – nati soprattutto negli anni Settanta; e un gruppo di ostetriche di "nuova generazione", che ha in media 30 anni.

⁴ Elisa.

⁵ Per un'interessante riflessione sul ruolo dell'intuizione nel lavoro dell'ostetrica si veda Davis-Floyd, 1997.

⁶ L'insieme di sintomi che indicano l'avvio del travaglio. La fase prodromica può durare diverse ore.

⁷ Nei protocolli di assistenza al parto i tempi relativi alla dilatazione (un certo numero di centimetri ogni ora/ogni due ore) sono ben definiti e ogni anomalia viene monitorata con sospetto o considerata fattore di rischio. Blásquez-Rodríguez, nel suo interessante studio sulle modalità assistenziali relative al parto in Spagna, afferma che tali parametri rientrano in una logica produttivistica che connota fortemente il modello biomedico (Blásquez-Rodríguez, 2010).

⁸ Si tratta di pratiche ospedaliere effettuate di routine al nascituro.

⁹ Il canto carnatico è un canto tradizionale del sud dell'India, basato su respirazione e vocalizzazione. Il suo utilizzo durante il travaglio e il parto è stato diffuso da Leboyer.

¹⁰ In alcuni ospedali che più hanno accolto un approccio "umanizzato" al parto il cordone viene tagliato quando smette di pulsare, cioè alcuni minuti dopo la fuoriuscita del bambino. Normalmente però si procede al taglio immediato, impedendo non solo un graduale distacco mamma-bambino, ma anche il passaggio di elementi vitali, come sangue e ferro (Hutton, Hassan, 2007; OMS, 2014).

¹¹ Nel *lotusbirth* il cordone non viene reciso e il neonato resta collegato alla placenta fino al distacco naturale, di solito dopo alcuni giorni.

¹² Anche gli studi di natura antropologica dimostrano come la sofferenza di natura psicoemozionale della donna, che a volte sfocia nella cosiddetta "sindrome postparto", sia dovuta alla mancanza di un sostegno sociale in questo periodo (Stern, Kruckman, 1983; Bashiri, Spielvogel, 1999; Hagen, 2001).

¹³ Si tratta di esperienze sporadicamente presenti in alcune aziende sanitarie o ospedaliere, ma di certo non generalizzate.

¹⁴ Ibu Robin Lim è fondatrice dell'Associazione no profit Bumi Sehat, con sede a Bali, in cui ostetriche e altri professionisti operano per garantire una gravidanza sana e un parto rispettoso alle donne indigenti. Per il suo lavoro ha ricevuto diversi premi internazionali.

¹⁵ «Postmodern midwifery are midwives who are educated, articulate, organized, political and highly conscious of both their cultural uniqueness and their global importance» (Davis-Floyd, 1997: 330).

L'esperienza delle donne

Quali donne? I perché di una scelta controcorrente

Prima di entrare nello specifico dell'esperienza delle donne che scelgono un parto domiciliare o in casa maternità, è interessante comprendere meglio quale sia il profilo che le contraddistingue. Secondo le ostetriche intervistate, le caratteristiche sociodemografiche della maggioranza delle donne che optano per un parto non domiciliare in Italia sono le seguenti: donne con livello di istruzione medio-alto (almeno diplomate, spesso con cultura universitaria) che quasi sempre optano per scelte radicali o controcorrente anche in altri ambiti: per esempio, preferiscono un'alimentazione biologica, vegetariana o vegana; iscrivono i loro figli nelle scuole montessoriane, staineriane o parentali; obbiettano rispetto alle vaccinazioni pediatriche e prediligono risorse terapeutiche omeopatiche e fitoterapiche in caso di malessere o malattia:

Il dato che abbiamo è la convivenza, sono donne conviventi, tipo il 60%, cultura medio alta sicuramente superiore o universitaria; poi sono donne che magari già usano l'omeopatia per curarsi. Però cultura medio-alta non vuol dire livello economico alto, economico può anche essere ceto medio, livello economico assolutamente medio (Marta).

L'idea piuttosto diffusa che il parto in casa sia oggetto di riflessione e di pratica solo per una "nicchia" di persone – come spesso mi è stato detto – appare confermata. La nicchia si sta però ampliando e i criteri di inclusioni risultano essere sempre più flessibili, come dimostra del resto la tendenza internazionale (Hildin-

gsson, Lindgren, Haglund *et al.*, 2006; Birthplace in England Collaborative Group, 2011).

Nel mio campione (tabella n. 10) vi sono donne che non corrispondono completamente al profilo appena tracciato: i cui figli, per esempio, frequentano le scuole pubbliche e sono stati sottoposti a vaccinazione e la cui vita familiare e sociale è, per certi aspetti, convenzionale. Credo che un maggiore accesso (soprattutto economico) al parto non ospedaliero, contribuirà sempre più ad ampliare tale profilo, con l'inclusione di molte donne che non rifiutano in maniera generale "il sistema" (come avveniva per quelle assistite dalle ostetriche storiche fino a qualche decennio fa), ma che discernono da questo le opportunità che ritengono favorevoli e benefiche per se stesse e per la loro famiglia, a prescindere da posizioni ideologiche totalizzanti.

Tabella n. 11. Profilo delle donne intervistate che ha partorito in casa (fonte: elaborazione dati dell'autrice).

	Totali in percentuale sul campione
Età delle donne	
20/29	18,18%
30/39	63,63%
40+	18,18%
Titolo di studio	
Laurea	91%
Diploma	9%
Coniugata	54,5%
Convivente	45,5%
Non somministrazione vaccinazioni pediatriche ¹	70%
Uso prevalente di risorse terapeutiche non allopatriche	80%
Uso prevalente di alimenti biologici/biodinamici e similari	20%
Uso prevalente di educazione parentale/steineriana e similare	13,4%

L'ampliamento delle caratteristiche delle donne è, in effetti, un processo già avviato, come sottolineano le ostetriche Vianella ed Elisa:

Quando ha cominciato molte erano femministe, figlie dei fiori, un po' alternative. Oggigiorno io vedo che tra le mie mamme non c'è... non c'è una categoria di donna che dici: «Ah, ma sì, tanto quelle lì partoriscono tutte a casa». No, oggi c'è la libera professionista, c'è l'operaia, c'è la casalinga, c'è la donna che ha due lauree, c'è quelle che ha fatto la terza media [...] (Vianella).

Abbiamo la fetta di quelle che vengono un po' dal mondo naturale, quindi che scelgono di non far uso di medicinali, di essere più a contatto con la natura. Quindi di conseguenza, è un po' una filosofia che ti porta ad avere un rapporto con il tuo corpo più stretto, nel rispetto dei cicli. Magari c'è quella fetta lì, ma non solo (Elisa).

Solitamente si tratta di donne che hanno già cognizione della praticabilità del parto non ospedaliero, perché conoscono qualcuno che lo ha sperimentato. In altri casi, la scelta avviene in modo quasi naturale, dentro quel contesto di modalità di vita nel complesso non convenzionali a cui ho accennato. In questo caso, l'incontro con una modalità *altra* anche nel partorire è agevolato: la ricerca di informazioni si delinea attraverso canali di condivisione specifici, come siti internet e blog tematici, associazioni di genitori, gruppi di acquisto solidale, ecc. I mezzi di comunicazione oggi disponibili (da internet ai social media) facilitano il reperimento di informazioni e offrono visibilità alle ostetriche. Ciò nonostante, come diremo a proposito dell'offerta di parto domiciliare in Emilia Romagna, non sempre l'informazione che definiamo ancora una volta "controcorrente" risulta di facile reperibilità. Se poi prendiamo in considerazione la pubblicizzazione istituzionale del parto non ospedaliero, la situazione si complica ancora di più. Non mi risulta che si discuta di parto a domicilio e di casa maternità durante i corsi di preparazione al parto o durante le visite ginecologico-ostetriche, siano queste effettuate in ospedale, in consultorio o in uno studio privato. Salvo rare eccezioni, il parto non ospedaliero rimane escluso dalle informazioni clinico-assistenziali offerte alle donne incinte, ledendo, in questo modo, il loro diritto a una conoscenza obiettiva e completa delle risorse disponibili.

Rispetto alle motivazioni per le quali le donne iniziano un percorso di ricerca al riguardo (a cominciare dall'individuazione di un'ostetrica) è necessario menzionare molteplici elementi. Alcuni di questi possono essere compresenti nelle singole esperienze mentre in altri casi prevale solo uno dei seguenti aspetti:

1. la concezione del parto e della nascita come processi fisiologici della vita di una donna, non riconducibili a fatti medici;
2. una precedente esperienza di parto ospedaliero considerata negativa o non del tutto corrispondente alle proprie aspettative;
3. la paura dell'ospedale di per sé e l'idea che l'ospedale sia comunque luogo di iatrogenesi, di standardizzazione e di interventismo;
4. il desiderio di scegliere liberamente le modalità del parto e della nascita del proprio bambino;
5. il desiderio di essere seguite dalla stessa persona di fiducia durante tutto il processo.

La concezione del parto come evento quotidiano e sociale è presente in Anna, mamma di due bambini nati in casa, che racconta:

Per me l'ospedale è degenza, malattia, vecchiaia, tubi. L'ospedale è il supporto a una vita che sta finendo, che poi si può fare a casa pure quello; credo che vorrei fare a casa pure quello francamente. Non è il posto dove andare (Anna, mamma di un bambino nato in casa, 2013).

In un altro passaggio dell'intervista, Anna specifica:

L'ospedale già si caratterizza appena tu entri dall'odore, con le dinamiche tipiche dell'ospedale, dove assieme a me posso esserci altre cinque, dieci, dodici, tre... non importa, persone che devono partorire ugualmente. Ci sono quindi dei tempi, delle strutture limitate, qualcuno che mi dice: «Ti metti qui, ti metti là» «Stai qui, stai là», non mi sembra compatibile con quella che è l'esperienza del parto. Non mi sembra un ambiente predisponente, mi sembra piuttosto un ambiente inibente (Anna).

Anche Ruth, mamma di tre figli, di cui il terzo nato in casa racconta di un rapporto complesso con la struttura ospedaliera, e della sua graduale presa di coscienza che l'ospedale non è il luogo "giusto" nel quale far nascere i bambini:

In ospedale non mi sentivo di essere in un posto protetto, giusto, con l'atmosfera giusta per quel processo. Forse il primo parto è una cosa che un po' ti capita, è qualcosa da scoprire anche per te; poi il secondo e il terzo: il terzo avevo voglia di pace (Ruth, mamma di una bambina e un bambino nati in ospedale e di un bambino nato in casa, 2013).

Una precedente esperienza ospedaliera considerata negativa è un'altra delle motivazioni che spinge la donna a partorire a domicilio, nel caso di una seconda gravidanza. A volte si tratta di donne che avrebbero desiderato un parto non ospedaliero anche nella prima gravidanza. Nel caso di Francesca, siamo di fronte a un trasferimento in ospedale dopo un travaglio in casa. Nel caso di Vera, si sono verificate delle condizioni che non le hanno permesso di individuare con le tempistiche adeguate la persona "giusta" per un parto in casa. L'esperienza ospedaliera, considerata traumatica dalle donne in entrambi le narrazioni, viene riscattata dal poter finalmente partorire in casa un secondo bambino. Il parto a domicilio è vissuto in questi casi come una sorta di rivincita nei confronti dell'Istituzione che, in qualche modo, le ha espropriate di un processo vitale ma anche di riscatto nei confronti di se stesse. Una strategia endogena di sanare ferite emozionali e fisiche che altri hanno provocato. È in questi termini che si dipana il racconto di entrambe:

L'ostetrica mi ha dato l'ossitocina, pur sapendo che non la volevo. Ho avuto ancora peggio, chiaramente, più dolori e mi hanno portato sulla cavalcina, che non avrei mai pensato in vita mia di partorire sulla cavalcina! Mi hanno spinto, proprio perché non riuscivo a spingere più così forte, perché sulla cavalcina non riesci a spingere! Mi hanno spinto proprio la pancia e mi hanno fatto l'episiotomia. Insomma è stato un rush finale che io lì per lì ho vissuto, diciamo; che però poi mi è tornato fuori quando è sta-

to il momento di partorire N. Io penso che durante il parto di N. urlavo di rabbia, proprio. Penso di aver buttato fuori proprio un sacco di rabbia del parto precedente. Proprio mi son detta: «Cavolo, come ho potuto farmi fare delle cose che non volevo! [...]». Con N. è stata una scelta/non scelta, nel senso che, quando mi sono resa conto che stavo veramente per partorire, mi son detta: «Non posso assolutamente sprecare quest'occasione, che sarà l'ultima, accumulando un'altra esperienza, un'altra esperienza forzata, insomma, non mia». Per cui è stata una scelta obbligata in un certo senso (Vera, mamma di un bambino nato in ospedale e di una bambina nata in casa, 2012).

Ho avuto tanto travaglio per N., un giorno e mezzo. È stato lento, è stato più quello che il resto. Ero avvilita, perché volevo partorire in casa, ho sofferto tantissimo! Infatti il secondo parto è stata una rivincita non indifferente! Con il fatto che entri in ospedale, con il fatto che «sei tu che sei venuta da noi» mi hanno fatto di tutto! Veramente, ho dovuto più concentrarmi a difendermi che a partorire! (Francesca, mamma di una bambina nata in ospedale e di un bambino nato in casa, 2011).

E ancora, il senso di riscatto che emerge dalle sue parole:

Sono arrivata in ospedale che ero già di 10 cm, mi sono richiusa subito! Poi, ossitocina per aprirmi di nuovo, però io ero in difesa. Dopo, l'ostetrica mi ha fatto manovre perché N. scappava. Io, a un certo punto, ero distaccata, divisa in due, come se la parte sopra guardasse la parte sotto. Neanche la sentivo più, perché ho dovuto dividermi. Ero talmente concentrata a difendermi che ho perso tutte le sensazioni. Invece, in casa ho avuto tutte le sensazioni, le ho vissute tutte (Francesca).

Il ruolo del compagno/partner/marito nella scelta di un parto a domicilio è fondamentale. Il suo sostegno è importantissimo, sia durante la gravidanza che durante il parto. Tuttavia, non sempre le scelte sono condivise fin da subito. Nelle testimonianze da me raccolte, in alcuni casi il padre mostra una iniziale perplessità:

A lui è venuto un colpo quando ho detto che volevo partorire in casa (Francesca).

La situazione di Francesca è condivisa anche da altre donne, sebbene poi, ognuna trovi una propria strategia per interessare il compagno all'argomento, e addirittura, per convincerlo. Francesca, per esempio, decide di posizionare dei libri che parlano di parto in casa in luoghi in cui il marito possa "casualmente" trovarli:

Li lasciavo sul letto, aperti nelle pagine chiave, o in bagno. All'inizio lui li ignorava, poi ha cominciato a leggere qualche pagina qua e là e finalmente ne abbiamo parlato (Francesca).

Altre donne si avvalgono dell'intercessione dell'ostetrica, confidando che il partner possa rendersi conto – attraverso la conoscenza della professionista e delle modalità di assistenza – del valore aggiunto dell'esperienza. Vi sono anche uomini che condividono fin da subito la scelta della propria compagna, o addirittura che la fomentano. L'ostetrica Luciana menziona diversi casi in cui è l'uomo a telefonare per chiedere le prime informazioni o per fissare un appuntamento. Comunque sia, ciò che emerge dalle mie interviste è che la decisione finale è rimandata sempre alla donna. L'uomo, nella maggior parte dei casi, "si fida" della propria compagna e riconosce che si tratta di «una decisione che deve prendere lei»¹. Ciò avviene anche in merito alla scelta dell'ostetrica: è la donna che decide chi l'assisterà. Il passaparola è una prima modalità di contatto nei confronti della professionista (qualora la donna conosca qualcuno che abbia già partorito in casa); l'istinto è poi il valore aggiunto nel momento della elezione definitiva, una sensazione intuitiva che permette di individuare la persona adeguata alle proprie esigenze e aspettative:

Di pelle, assolutamente di pelle. Cioè, non c'entra l'esperienza, o meglio, c'entra razionalmente l'esperienza. È stata proprio una questione di pelle e di energia. È stato chiarissimo che io ho partorito esattamente il primo giorno in cui Francesca [l'ostetrica] è stata disponibile, perché prima era in ferie² (Vera).

Anche Anna non ha avuto dubbi sulla propria scelta:

Quando l'ho vista ho pensato: «È lei. Sarà lei» (Anna).

Le altre motivazioni (il timore di iatrogenesi, standardizzazione e interventismo in ospedale; il desiderio di scegliere liberamente con chi, come e dove partorire; il desiderio di essere seguite da una persona di fiducia durante l'intero processo) saranno esplorate nei paragrafi seguenti, come parte della costruzione del concetto di sicurezza condiviso dalle donne che optano per un parto non ospedaliero. Il tema della sicurezza mi sembra fondamentale: è proprio lì che le politiche, le pratiche e i discorsi relativi ai differenti modelli assistenziali si confrontano, a volte duramente. È dunque proprio a partire dall'analisi di questo concetto (per niente "naturale", come tutti i prodotti del vivere sociale) che propongo di iniziare a costruire un dialogo arricchente tra le diverse prospettive. Dei tanti elementi emersi dalle narrazioni delle donne che ho intervistato, il tema della sicurezza mi sembra tra i più fertili, per proporre una riflessione critica nei confronti di un paradigma medico che ancora una volta appare troppo riduzionista.

Se il parto non ospedaliero – come abbiamo visto – risulta essere una modalità sicura dal punto di vista delle evidenze scientifiche, cosa significa esattamente sicurezza per le donne che scelgono un parto a domicilio? La loro idea di sicurezza corrisponde o differisce rispetto a quella biomedica?

Sicurezza = tecnologia?

All'interno del processo di autolegittimazione del sapere biomedico di cui ho già accennato (Jordan, 1997), la gravidanza è percepita e trattata come un momento che richiede un monitoraggio continuo. Questo tipo di approccio è presente sia nei professionisti della salute che nelle donne. La sicurezza del processo viene posta in relazione diretta con la quantità di controlli, visite, pratiche diagno-

stiche e preventive che, dal punto di vista biomedico, sono concepite come necessarie. All'interno di questa cornice interpretativa, l'ospedale risulta essere la modalità più naturale (normale, appunto) per assicurarsi un parto di qualità e senza rischi.

In questo contesto è mia intenzione esplorare il concetto di rischio e di sicurezza dal punto di vista delle donne che hanno partorito nella loro casa. Le loro esperienze offrono elementi interessanti non solo per rendere conto di modalità *altre* di concepire e trattare gli eventi che ci riguardano, ma anche per ridefinire ciò che dovrebbe essere un servizio di assistenza alla gravidanza, al parto e alla nascita “di qualità”, in particolare nelle strutture ospedaliere. Attraverso le narrazioni delle donne, intendo delineare come molte delle pratiche routinarie che solitamente si compiono per monitorare la gravidanza e assistere al parto (ossia, per renderlo più sicuro), siano del tutto superflue se solo declinassimo il nostro concetto di rischio o di sicurezza verso un approccio più fisiologico e guardassimo all'intero processo con uno sguardo più integrale.

Sia chiaro, fin da ora, che ciò non significa in nessun caso ignorare o sottostimare i fattori di rischio che la biomedicina riconosce e gestisce. Si tratta, però, di dare a tali fattori (e ai professionisti incaricati di riconoscerli e gestirli, ossia i medici) il giusto valore, soprattutto per quanto riguarda le gravidanze a rischio o patologiche. In altre parole, si tratta, ancora una volta, di sottolineare il confine – nella maggioranza dei casi ben delineabile – tra fisiologia e patologia e di rimandare la fisiologia alle ostetriche (che per questo dovrebbero essere formate) e non ai medici. Al contempo, significa ridare ai desideri, alle aspettative e alle esigenze delle donne il giusto valore, a partire dalle loro necessità e da quelle dei loro bambini e non, come a volte accade, rimandando a logiche economico-politiche o agli interessi di categoria, che spesso sottendono i sistemi di salute.

Secondo la prassi medica, il rischio è la probabilità di contrarre una malattia o di sviluppare un danno. Un fattore di rischio è, quindi, una qualsiasi caratteristica o circostanza accertabile che sia

notoriamente associata ad una elevata probabilità che si verifichi l'evento sfavorevole. I fattori di rischio riconosciuti in gravidanza sono molteplici: malattie pregresse della madre, malattie della madre o del feto sviluppate nel corso della gravidanza, l'età della madre, anomalie dell'apparato genitale, anomalie del feto e stili di vita (per esempio, l'abitudine di fumare e le tossicodipendenze in generale). L'approccio preventivo in gravidanza enfatizza un comportamento volto ad evitare che qualcosa "di possibile" si verifichi realmente. Il "bravo ginecologo" diventa allora colui che prescrive più esami possibili, in modo da poter intercettare l'eventuale elemento di anomalia per tempo. Come abbiamo visto, nella pratica, ciò si traduce in un interventismo eccessivo, routinario e standardizzato, a prescindere dalle reali condizioni di salute della donna e del bambino. In tale contesto, la tecnologia diventa la risorsa che garantisce sicurezza tanto alla donna quanto al professionista. Anche nel momento del parto, trovarsi in un luogo in cui siano contemporaneamente presenti medici e apparecchi tecnologici, rappresenta in questa visione il massimo della sicurezza.

Tali elementi non sono invece quasi mai presenti nel discorso delle ostetriche che assistono a domicilio o delle donne che hanno partorito in casa. Non si tratta, ovviamente, di disconoscimento da parte loro dei fattori di rischio riconosciuti dalla biomedicina né del rifiuto della tecnologia, qualora necessaria. Le ostetriche che scelgono la libera professione si formano, come abbiamo visto, dentro percorsi accademici medicalizzati e hanno ben chiari tali aspetti. Allo stesso tempo, le donne sono consapevoli che una certa patologia pregressa o in corso, possa influire, in qualche modo, sullo stato della loro gravidanza o sulla salute del loro bambino e che, la tecnologia sia un supporto indispensabile durante il processo diagnostico-terapeutico. Ciò che intendo dire, però, è che questi aspetti non contribuiscono in maniera consistente alla costruzione del loro concetto di rischio e di sicurezza ma sono elementi che rimangono, per lo più, ai margini di un discorso e di una pratica che si focalizzano semplicemente su altri aspetti.

Vi è un dato di partenza: le donne che partoriscono in casa sono generalmente donne sane, così come i loro bambini. Le già citate linee guida (Campiotti, 2001) escludono che le donne a rischio o con gravidanze patologiche possano partorire a domicilio o in una casa maternità. Nell'ottica medica però, anche la donna con gravidanza fisiologica è trattata come se fosse potenzialmente a rischio altrimenti, non si spiegherebbero le tante (troppe) ecografie, analisi, monitoraggio e tecniche diagnostiche di cui ci raccontano i dati statistici.

Il concentrarsi su differenti elementi di rischio e di sicurezza, che portano alla costruzione di un diverso concetto di rischio e di sicurezza è dovuto quindi non tanto al fatto di essere sane, ma a come è concepito e percepito il processo gravidanza-parto-nascita: ciò che conta, cioè, non è solo lo stato reale della salute della donna, ma la lente che viene di volta in volta utilizzata per guardare all'intero processo.

Qual è dunque il concetto di sicurezza delle donne che partoriscono fuori dagli ospedali? Si tratta innanzitutto di elementi che la maggioranza delle volte non rimandano a una fase precisa del percorso (primo/secondo/terzo semestre, gravidanza/parto/puerperio) o un singolo fattore, ma riguardano il processo nel suo complesso. Ciò in linea con una visione della gravidanza come *continuum*, difficilmente scindibile – all'occhio non medico – in momenti temporali precisi e standardizzati. Le donne che ho intervistato menzionano come elementi di sicurezza durante l'intero processo (gravidanza-parto-nascita) l'attuarsi delle seguenti condizioni:

1. conoscenza reciproca;
2. continuità e personalizzazione dell'assistenza;
3. rispetto dei tempi;
4. ruolo attivo della donna e possibilità di decidere;
5. ruolo passivo dell'ostetrica;
6. non interventismo;
7. fiducia nelle competenze e abilità reciproche;
8. ambiente favorevole.

La conoscenza reciproca, la continuità e la personalizzazione dell'assistenza sono elementi profondamente dipendenti l'uno dal-

l'altro. Come abbiamo visto, le donne che si affidano ad una ostetrica libera professionista sono solitamente seguite da quest'ultima fino ai giorni successivi alla nascita. Seppure la presa in carico possa avvenire in momenti diversi (in alcuni casi già nel primo trimestre di gravidanza, in altri più tardi), il tempo per conoscersi è considerato un elemento fondamentale da ambo le parti. L'ostetrica comprende, in questo modo, le specificità fisiologiche, psicologiche, sociali, culturali di quella donna e di quella coppia; tutti elementi che le saranno utili per accompagnare il percorso e per diagnosticare eventuali segnali di criticità. La donna acquisisce, da parte sua, fiducia nei confronti di chi l'assisterà durante il parto, imparando a conoscere la professionista nelle sue specificità comunicative, operative, comunicative e relazionali.

Il rispetto dei tempi del processo e il non interventismo rappresentano elementi fondamentali per le donne intervistate. Per tutte «essere e sentirsi rispettate» è la principale necessità e l'aspettativa più citata rispetto alla modalità di assistenza domiciliare. È ciò che viene bramosamente ricercato e desiderato durante la gravidanza. È una premessa fondante, che le fa sentire sicure durante il parto. Non si tratta solo di un rispetto in generale, ma del rispetto delle loro necessità specifiche, di ciò di cui sentono di aver bisogno. Le donne sono consapevoli che i protocolli ospedalieri non permettono di rispettare il singolo individuo e le sue esigenze, né di assecondare i tempi fisiologici di un travaglio e di un parto:

Io [in casa] ero veramente presente, non so se è un bene o un male perché sai, ci sono quelle che non vogliono. Io ero lì con mio marito e l'ostetrica. Ero tranquilla, mi dava fiducia. Immaginarci in un contesto non mio dove mi passano altre persone, solo il pensiero che possano entrare persone estranee, che «si metta qui, si metta là, controlliamo qua», «non va bene» io non mi sarei mai dilatata, mai. Sarebbe stato un incubo (Alessandra, mamma di due bimbe nate in casa, 2013).

Magari, la prima volta ho subito gli eventi; la seconda volta, alcune cose mi hanno dato più fastidio della prima. Per esempio, il fatto che si sia presen-

tata una persona con un questionario: «chi è, che religione ha?» Ma io sono in travaglio! Insomma, non può aspettare?» (Ruth).

Nei protocolli di assistenza al parto i tempi relativi alla dilatazione (un certo numero di centimetri ogni ora/ogni due ore) sono ben definiti e ogni anomalia viene monitorata con sospetto o considerata un fattore di rischio. In un parto non ospedaliero, invece, i tempi sono quelli della madre e del bambino, non quelli dell'operatore sanitario, del protocollo standardizzato o di una logica produttivistica che connota fortemente il modello biomedico (Blásquez-Rodríguez, 2010). La durata dilatata, che spesso non corrisponde completamente alla media, non viene ritenuta indicativa di rischio durante un parto in casa. Le donne (come le ostetriche, abbiamo visto) possiedono un'idea flessibile della durata che permette di gestire e di naturalizzare percorsi che, un protocollo ospedaliero riterrebbe di per sé a rischio. Al contrario, per le donne l'attenersi ai tempi naturali del travaglio e del parto è considerato un elemento fondamentale di sicurezza. Innanzitutto, perché questo atteggiamento rimanda a una fiducia nelle proprie capacità di «fare nascere il proprio bambino». Poi, perché rispettare i tempi fisiologici significa non intervenire. Nessuna accelerazione, né chimica (ossitocina) né psicologica («Non ti sei dilatata a sufficienza!» «Spingi ora!»), nessuna fretta per un cambio turno e nessun parametro troppo rigido a cui attenersi.

Non affrettare i tempi significa non subire alcun intervento non necessario: l'ostetrica accompagna il processo con il proprio sostegno, la propria presenza senza intervenire in maniera routinaria, come accade in ospedale. L'approccio non interventista è un elemento di sicurezza per le donne che scelgono di partorire in casa per almeno due aspetti: da una parte, evita loro una serie di situazioni di tipo clinico (per esempio, gli effetti collaterali di un farmaco), dall'altra, vengono scongiurate difficoltà insite nei processi di rottura di un equilibrio psico-emozionale (di un momento, di un processo, di una relazione ecc.) o ambientale.

Il non interventismo rimanda a un altro elemento considerato fondamentale dalle donne: la discrezione delle ostetriche che le assistono. Si tratta di una caratteristica menzionata da tutte le donne che ho intervistato. Anche in questo caso rappresenta per la donna una fonte di sicurezza duplice: da una parte, indica che il processo sta procedendo nel modo corretto e che lei, in quanto donna, ha tutte le capacità per portare a termine il suo parto, dall'altra, vi è la sicurezza di avere a fianco una professionista preparata che, all'occorrenza, "appare":

La cosa più sorprendente di questa professionista, di Luciana, è che lei è presente, ma incredibilmente discreta: scompare. Io non ho memoria di lei, se non ad un certo punto, che ricordo che mi reggeva un po' quando stava uscendo la testa. Mi teneva il perineo, perché sentivo questa pressione molto forte e quindi lei mi teneva per evitare che io mi lacerassi. E questo mi faceva bene. G. è nato che aveva 3,750 Kg. Lo abbiamo pesato che si era già liberato del meconio, quindi è nato più grosso, però io non ho avuto neanche un punto, non ho una lacerazione, non ho niente. Ed è un bambino, insomma, che è nato abbastanza grande (Anna).

È stato tutto proprio come desideravo. Ed è stato molto bello che Francesca e anche Michela poi, la seconda ostetrica, non hanno detto quasi niente. Francesca ha detto proprio tre frasi, quattro al massimo, in tutto il parto. Perché, evidentemente, avevo bisogno di fare da sola [...]. Mi ha detto: «Fai un suono che ti faccia venire fuori la bimba, non sbracare e basta». E così ho fatto, e nel giro di poche spinte è uscita. Pochissime spinte, proprio tre o quattro e poi è uscita. Quando mi han detto: «Si vede la testa», basta: sentivo che era fatta. Che figata (Vera).

Lei lo ha detto subito: io non mi intrometto, lascio molto fare, perché è un discorso che dovete gestire voi. E così è stato, in effetti (Ruth).

Un ulteriore elemento di sicurezza per le donne è il fidarsi delle competenze della propria ostetrica. Ciò significa che la donna sa che, nel momento in cui si presenta una difficoltà, l'ostetrica sarà

in grado di captarla e, qualora non sia in grado di risolverla, di indirizzarla prontamente all'ospedale. Fidarsi, non significa però "delegare". Le donne che partoriscono fuori dagli ospedali sono profondamente desiderose di mantenere nelle proprie mani la gestione del processo parto-gravidanza-puerperio. Anzi, è proprio questo che ricercano: un accompagnamento non invasivo, che non le espropri del proprio ruolo e dei propri saperi. Si tratta di donne che hanno generalmente molta fiducia nelle proprie capacità di mettere al mondo, di nutrire i loro bambini e di crescerli nelle migliori condizioni:

Se uno chiede a me se il parto è stato tuo... «beh, sì! È davvero stato mio!»
(Monica, mamma di un bimbo nato in casa, 2013).

Hai un istinto che devi seguire, che devi imparare a conoscere. Io sentivo come sarebbe dovuto essere e, trovando la persona che effettivamente mi dava questa sicurezza, ho potuto affidarmi al mio istinto! (Alessandra).

È stato molto bello. Mentre l'altra volta [in ospedale] è stato un patire senza capire dove vai a parare, questa volta sentivo che ce l'avevo io il dolore, che lo governavo, che mi facevo trasportare, che era il mio corpo, che stava andando bene, che lei [la bimba] faceva il suo lavoro, che andava tutto come doveva andare. Ne ero proprio consapevole (Vera).

La consapevolezza di poter e saper fare rende le donne sicure di essere protagoniste di quel momento tanto eccezionale e di essere capaci di portare a termine con successo il processo. Elemento che rende l'esperienza sempre soddisfacente, quando non addirittura "estatica", aggettivo spesso utilizzato dalle donne che ho intervistato per descrivere la propria esperienza:

È stato un po' come fare l'amore. Questo è quello che posso dirti. È stato veramente come fare l'amore, perché io avevo bisogno di lui [del compagno], gli chiedevo di baciarmi e delle volte puoi fare l'amore anche bacian-doti. Sì, così è stato. G. è nato così. Cioè, non può essere in un ospedale,

perché ci sono posti e posti. Non puoi andare a fare l'amore in ospedale. Vai a farti cucire una ferita, o vai, non so, a farti fare un trapianto di cuore! Ecco, ci sono posti e posti (Anna).

È stato addirittura superiore alle aspettative, per me [...]. Il parto in casa è un'estasi, il parto in ospedale è una croce (Francesca).

Il tema del piacere sessuale legato al partorire è, del resto, da tempo presente nella riflessione di chi interpreta il parto e della nascita in senso fisiologico e integrale³. Al contempo, si tratta di un tema completamente rimosso e/o tabuizzato nella prospettiva biomedica, in cui il processo e la sua protagonista vengono completamente desessualizzati⁴.

Nessuna delle donne intervistate ha mostrato insoddisfazione rispetto alle proprie aspettative: tutte sottolineano in un modo o nell'altro la sensazione di forza, di *empowerment* e di potere che hanno provato nel mettere al mondo il loro bambino, nel rispetto dei propri desideri e dei propri tempi. Tale esperienza positiva non solo si riflette sulla relazione mamma-bambino-papà, ma anche sull'atteggiamento stesso della donna nei confronti della vita: si tratta di donne che rafforzano la loro autostima e che guardano alla propria quotidianità con maggiore determinatezza e consapevolezza di potercela fare. Di seguito l'esperienza di Anna:

Ad un certo punto quando ho pensato: «Non riesco a fare questa cosa, mi rompo, se lo faccio mi rompo!» C'è stato un momento chiave in cui io ho capito che solo io avrei potuto farlo, che nessun altro avrebbe potuto farlo per me e che lì dov'ero dovevo necessariamente andare avanti. Questa è stata la cosa più intensa, più importante della mia vita! Un'esperienza... Uno dei problemi più grossi che io ho incontrato nella mia vita è quello di essere disconnessa da quello che sono, travolta dalle cose da fare, dai ritmi, quasi guardare un film, piuttosto che vivere una vita vera. Sono pochi i momenti in cui sei profondamente connesso, che sono quelli che dovrebbero dare un po' la misura. Cioè, la vita è questo no? Quello è stato il più intenso, il più intenso, sì in assoluto, che mi ha rivelato tante cose. Quando io poi sono

ritornata alla mia attività professionale, dopo la nascita di G. sono ritornata con una carica e una determinazione che prima non avevo (Anna).

Un altro elemento fondamentale nella costruzione del concetto di sicurezza da parte delle donne che partoriscono in casa è l'«ambiente favorevole»:

Loro [le ostetriche] mi avevano chiesto cosa mi aspettassi io, come lo vivo io [il processo], cosa volevo. Io ho detto loro che avevo bisogno della mia grotta, e quindi io ho creato la mia grotta. Loro andavano via un attimo e tornavano. Penso che con tutte facciano così. Poi una, essendo in casa sua sceglie: è casa sua, c'è quello che vuole. E poi, se vuoi farti una doccia te la fai, non è vero? (Francesca).

La «grotta» di Francesca introduce dentro un tema complesso, che mi permette di trarre alcune riflessioni conclusive. Molto spesso, per quanto riguarda l'esito di un parto, si sottolinea l'importanza del cosiddetto «ambiente favorevole» (OMS, 1985b, 1996). Cosa però sia da ritenersi favorevole non è uguale per ogni singola donna, per ogni esperienza e in ogni contesto. Possiamo presupporre, in generale, che l'ambiente favorevole sia quello che permette alla donna di lasciarsi andare, di sentirsi completamente a proprio agio e di potersi così aprire ad un'esperienza che è, al contempo, fisica e mentale. In altre parole, di sentirsi davvero sicura.

Questo tipo di sicurezza, non rimanda di certo solo all'idea di evitare tutti i rischi possibili, che un'ottica biomedica potrebbe facilmente individuare. Si tratta, al contrario, di una sicurezza multidimensionale e multicausale che si costruisce a partire dall'essere messa nelle condizioni di poter fare ciò che si desidera e si sente di dover fare; in altre parole, di ascoltare il proprio corpo, coglierne i segnali e assecondarlo nel suo percorso naturale.

Questa idea di sicurezza – più complessa del contrastare possibili fattori di rischio tramite diagnosi invasive, precoci, ecc. – è di sicuro presente e, a volte, rivendicata nelle donne che scelgono di partorire fuori dall'ospedale. Per queste ultime, la sicurezza non

rimanda, appunto, al poter disporre di alta tecnologia, ambienti asettici e camici bianchi, ma è vivere la propria esperienza unica dentro un ambiente fisico e sociale ritenuto consono alle proprie necessità e alla propria visione delle cose.

Nella costruzione di questa idea di ambiente favorevole (composto di luoghi, di persone, di relazioni, di comportamenti, di azioni) la propria casa assume un ruolo importante. Diventa un ulteriore fattore di sicurezza: per le ostetriche (tutte ritengono la casa una fonte di informazione preziosa, come abbiamo visto) e per le donne. Per queste ultime, stare a casa significa sentirsi libere di agire senza dover chiedere continuamente il permesso a qualcuno. È una condizione che rende le donne ancor più protagoniste di ciò che accade. In casa vi sono le proprie cose, i propri odori, i propri gusti e i propri spazi, tra i quali scegliere liberamente la propria grotta, come dice Francesca. In casa, anche il partner o gli altri familiari eventualmente presenti si muovono liberamente, creando una cornice di normalità che costituisce, per le donne, un elemento di tranquillità.

L'essere a casa, inoltre, garantisce sicurezza alle madri in merito alle modalità di accoglienza del loro bambino nei primi momenti dopo la nascita. Tutte le donne che ho intervistato ritengono fondamentale il contatto immediato mamma-bambino, il taglio ritardato del cordone ombelicale (alcune hanno effettuato il *lotusbirth*), l'evitare pratiche invasive subito dopo la nascita (lavarlo, vestirlo, esaminarlo o pesarlo), allattarlo fin da subito e, in generale, creare quell'ambiente favorevole e intimo che permette di accogliere il bambino nella forma adeguata:

Lei è uscita tranquilla, tranquillissima proprio come un pesciolino. È venuta addosso. E basta. Siamo state lì, non so mezz'ora, tre quarti d'ora, non so, un'ora. Siamo state tanto ancora in acqua. Era fuori, ma era ancora dentro. Veramente, rispetto all'altro parto, in cui c'è stato... anche se non mi hanno tagliato il cordone subito anche l'altra volta, però non era il cordone, il cordone non cambia niente, cioè cambia un po', ma non è solo quello. È proprio tutto il resto, effettivamente, proprio l'ambiente in cui stai fisica-

mente e tutto il resto. Lei è uscita, ti dico, in maniera morbida e io non mi sentivo né svuotata né privata di qualcosa, ma anzi proprio arricchita della sua presenza (Vera).

La placenta è rimasta attaccata, quindi lui non aveva bisogno di niente, il cordone ombelicale ha pulsato per tantissimo tempo, diciamo che non si è adoperato subito per adattarsi, il suo adattamento è stato con i suoi tempi. Poco dopo si è attaccato al seno, subito! Davvero, è stata una cosa di una intensità, ma di una serenità! È stato incredibile e, soprattutto, e questa è la cosa che mi è piaciuta di più, mi ha dato la possibilità di misurare la mia forza. Questo è perché non è stato disturbato (Anna).

Partorire nella propria casa permette, inoltre, di decidere in merito alla presenza o meno di altri figli. Ci sono donne che a priori decidono di allontanare i fratellini e le sorelline dal luogo del parto, affidandoli a parenti e amici per qualche ora; altre invece ritengono indispensabile la loro presenza. È ancora Vera a raccontare la sua esperienza:

Ci ho tanto pensato. Fino all'ultimo non sapevo come fare. Poi, siccome è successo che era sera, ci tenevo che lui ci fosse. Se non fosse stato possibile altrimenti, magari, se capitava di mattina, farlo assistere proprio a tutto il dolore... Non so se lo avrei coinvolto direttamente. Forse lo avrei fatto venire a prendere dai miei, portarlo a fare un giro, ma forse no. Però, come tutte le ostetriche mi hanno detto che è sempre successo, ha dormito come un sasso e io urlavo come una pazza. Come una pazza. Io non so come ha fatto a non svegliarsi. Tutte mi hanno detto che sempre, casualmente, il bambino dorme come un ghiro quella notte, se è la notte del parto; anche se di solito non dorme. Si vede che è così, nel senso che deve succedere (Vera).

In queste parole emerge un ulteriore differenziale nelle modalità di trattamento del neonato rispetto all'approccio biomedico che, per definizione, tende a separare e a dividere, come abbiamo già visto. Il percorso standard compiuto da un neonato in un ospedale, nelle prime ore di vita, è emblematico da questo punto di vi-

sta: dalle mani dell'ostetrica e/o del ginecologo ostetrico presenti in sala parto passa nelle mani della puericultrice, del neonatologo, dell'infermiera pediatrica e del pediatra: iper-specializzazioni che rimandano a un paradigma riduzionista della biomedicina, che riduce la persona-soggetto di assistenza a corpo-oggetto di manipolazione specialistica. Un processo che, ancora una volta, avviene dentro una cornice che fa del rischio (e dunque del controllo per prevenirlo) il principale motore delle azioni delle istituzioni e dei singoli professionisti.

Per concludere, possiamo affermare che il concetto di rischio e di sicurezza nelle esperienze delle donne che partoriscono in casa differisce in maniera sostanziale dal concetto di rischio di matrice biomedica. La differenza è da ricondursi ad una diversa visione del processo e, di conseguenza, in una diversa pratica assistenziale.

Nei percorsi non ospedalieri la gravidanza, il parto e la nascita non sono riconducibili ad eventi medici potenzialmente a rischio, ma ad eventi naturali e fisiologici che, se dovessero rivelarsi a rischio, usufruirebbero dell'intervento medico necessario. In questa prospettiva il concetto di sicurezza si amplia e comprende aspetti inerenti il percorso sociale, familiare e individuale della donna, come essere libere di decidere in merito a come, dove e con chi partorire, sentirsi in grado di farlo, essere rispettate nel processo che si sta vivendo (nei tempi, nei desideri, nelle aspettative e nei bisogni), essere seguite da una persona di fiducia, essere sostenute attivamente dal partner o da altri familiari e poter accudire il proprio bambino secondo i propri desideri.

Un altro elemento di differenziazione interessante è il valore positivo dato al tempo. Nei parti non ospedalieri il trascorrere del tempo non è un ostacolo o un possibile indicatore di rischio, ma un valore. Il parto e la nascita sono processi che hanno dentro di sé le proprie regole e che, se lasciati scorrere, senza interventi inutili, procedono secondo tempi propri, non standardizzabili per tutte le gravidanze e per tutte le donne.

La condivisione del concetto di rischio tra le donne e le professioniste⁵ è un terzo elemento rilevante. Condividere un percor-

so significa sentirsi co-responsabili delle scelte effettuate, a prescindere dagli esiti. Il tema è particolarmente interessante (e poco esplorato) soprattutto in merito ai percorsi eccessivamente medicalizzati. Nell'ottica di una madre che ha fatto tutti i controlli possibili, si è fidata ciecamente del professionista e ha seguito alla lettera tutte le indicazioni, senza obiettare, senza mai sollevare un dubbio o dire di no, come si spiega (e chi si incolpa?) un eventuale esito negativo di un parto o di una gravidanza?

Credo che una riflessione su questi aspetti, anche a partire dal contributo offerto dalle donne che partoriscono in casa, possa offrire elementi utili per ridefinire e migliorare alcune pratiche ospedaliere e per contenere una parte dei tanto temuti contenziosi medico-legali.

Note

¹ Colloqui con due papà che hanno assistito la moglie in casa (Paolo, 2011 ed Eugenio, 2013). Sep-pure interessata in questa ricerca a ricostruire il punto di vista delle madri che avevano esperito un parto in casa (dunque la mia richiesta di partecipazione allo studio era rivolta alle donne) non ho ritenuto che i padri dovessero essere esclusi a priori dal mio campione. Quando le donne si sono presentate all'incontro con il padre del bambino o della bambina, ho declinato la mia griglia di inter-vista alla situazione, accogliendo anche l'esperienza e/o il punto di vista maschile. Ciò si è verifica-to in soli due casi, per una coppia che ha partorito con una ostetrica libera professionista in Friuli Venezia Giulia e per una seconda coppia che ha usufruito dell'erogazione pubblica del servizio in Emilia Romagna. In entrambe le situazioni, si tratta di interviste in cui il padre commenta e raccon-ta marginalmente fatti ed emozioni: il soggetto dialogante rimane soprattutto la donna.

² Vera partorisce a 42 settimane.

³ Cfr. per esempio, il documentario *Orgasmic Birth* (2009), che mostra la sensazione orgasmica pro-vata da alcune mentre partoriscono.

⁴ Cfr. l'interessante riflessione di Davis-Floyd sulla pratica ospedaliera (per fortuna non più così comune) della rasatura pubica della donna, interpretata come un rituale di desessualizzazione e de-personalizzazione della donna (Davis-Floyd, 1992).

⁵ Tra gli elementi menzionati solo dalle ostetriche vi sono: l'avere le competenze per riconoscere per tempo eventuali problemi; la presenza di due ostetriche durante il parto; la buona collabora-zione con i professionisti degli ospedali di riferimento (situazione rara); tra quelli menzionati solo dalle donne: la sicurezza che l'ostetrica fa solo gli interessi della donna (e non quelli dell'istituzio-ne, della classe medica, del business farmaceutico, ecc.).

Dentro gli altri luoghi: la casa maternità

Cos'è una casa maternità? La genesi

Tra la fine degli anni Sessanta e gli anni Settanta, il contesto storico-culturale nel quale si sviluppa l'idea di un parto deospedalizzato è quello delle rivendicazioni femministe e, in generale, della lotta per i diritti di autodeterminazione in merito alle questioni riproduttive. Si tratta di una richiesta al tempo stesso politica e sociale che interessa le donne e gli uomini di un'intera generazione. In quegli anni il processo di medicalizzazione del parto, iniziato in molti Paesi industrializzati nei primi decenni del Novecento, è all'apice: il parto ospedaliero è la norma, l'approccio alla gravidanza è essenzialmente patologico e la partoriente è inserita in un meccanismo che delegittima il suo sapere e il suo ruolo.

In questo contesto, le donne iniziano ad interrogarsi in merito a modalità di parto e nascita alternative all'ospedale, rivendicando, da una parte, la naturalità del processo e dall'altra, la capacità e la volontà di gestirlo in prima persona riappropriandosi di un potere del quale si sentono private. Una struttura non ospedaliera in cui partorire in libertà, godendo dell'accompagnamento di un'ostetrica sembra un'opzione interessante: il concetto di casa maternità si afferma e diffonde.

La prima casa maternità (*Birth Center*) viene fondata nel 1975 a New York, dalla Maternity Center Association (Lubic, 1977), sebbene alcune esperienze dirette all'assistenza di donne indigenti fossero già attive in Texas fin dal 1972 (Eakins, 1989). Attualmente, negli Stati Uniti, le case maternità extra ospedaliere, dette *Freestanding Birth Centers* vengono istituite dopo l'ottenimento di una li-

cenza statale, prevista da 41 Stati su 50. Tali istituzioni appartengono alla American Association of Birth Centers¹, già NACC National Association for Childbearing Center. L'Associazione definisce *Birth Centers* in questi termini:

The Birth Center, like nurse-midwifery, is an innovation in the delivery of care to healthy, childbearing women and families. It is a homelike facility, existing within a healthcare system with a program of care designed in the wellness model of pregnancy and birth. Birth Centers are guided by principles of prevention, sensitivity, safety, appropriate medical intervention, and cost effectiveness. Birth Centers provide family-centered care for healthy women before, during and after normal pregnancy, labor and birth (AABC, 2011: 1).

La maggioranza degli Stati Uniti possiede un regolamento e delle linee guida per l'apertura di tali strutture e un procedimento per l'accreditamento da parte della CAB Commission for the Accreditation of Birth Centers. Essere accreditati non è un requisito indispensabile, ma è a volte richiesto dalle compagnie assicurative che rimborsano l'assistenza al parto. I Birth Centers negli Stati Uniti erano 170 nel 2004 e ben 215 nel 2011, con circa una quarantina di nuovi progetti in itinere (AABC, 2011).

Nonostante la presenza di Birth Center la maggioranza delle donne statunitensi continua a partorire in ospedale secondo un modello altamente tecnologico. Dal 1989 a oggi, la percentuale di parti extraospedalieri è rimasta costante e raggiunge solo l'1% di tutte le nascite, con un 27,3% di queste in Freestanding Birth center e il 65,4% in casa. Anche la percentuale di parti domiciliari è costante: circa lo 0,65% di tutti i parti negli ultimi vent'anni (Martin *et al.*, 2007).

In Europa, i Paesi che contano il maggior numero di case maternità sono la Germania, la Svizzera e la Gran Bretagna. La Germania è il primo Paese ad aver aperto una struttura di questo tipo. Il Selbstbestimmten Geburthaus (Centro per la Nascita Autodeterminata) viene fondato a Berlino Ovest nel 1983 con il sostegno del Movimento di Liberazione femminile. Il contesto storico-politico e sociale rimanda, dunque, a quello statunitense e fonda le sue radici nel-

la riappropriazione della gestione del processo riproduttivo da parte delle donne e nella critica nei confronti di una medicalizzazione e istituzionalizzazione della nascita che le espropria di saperi e desideri. Nel 1993 prende vita a Francoforte sul Meno il Netzwerk zur Forderung der Idee der Geburtshäuser, un'associazione no-profit che si prefigge l'obiettivo di diffondere il concetto di casa maternità e di coordinare le iniziative locali che ne promuovono la creazione a livello europeo². Nel corso degli anni il Netzwerk è diventato un punto di riferimento importante in materia, contando membri di vari Paesi. Il Netzwerk è stato anche promotore degli standard internazionali necessari per l'apertura di una casa maternità che, insieme a quelli elaborati dalla American Association of Birth Centers, costituiscono le più autorevoli indicazioni disponibili, sia per la progettazione/implementazione di una struttura di questo tipo, sia per valutare la qualità dei servizi offerti da quelle già esistenti. Oggi in Germania si contano circa 150 Geburtshäuser, di cui 42 fanno parte del Netzwerk³.

In Svizzera la prima casa maternità denominata Geburtshaus Storchenäscht viene fondata nel 1984 da Doris Erbacher a Lenzburg, nella Svizzera Tedesca. È una struttura tuttora esistente che presenta la particolarità di prevedere anche la presenza di medici, oltre alle ostetriche. Anche in Svizzera è presente un'associazione di case maternità che nell'anno 2012 conta 22 membri: la Interessengemeinschaft der Geburtshäuser (IGGH-CH)⁴.

Nel Regno Unito le case maternità sono piuttosto diffuse e vengono denominate Birth Centre. Questo termine, come abbiamo già visto, indica sia gli spazi per il parto fisiologico interni agli ospedali (denominati Midwife Led Birth Units o Midwife Led Unit MLUs), sia i Birth Centres indipendenti (Stand Alone Midwife Led Units o Freestanding Maternity Units FMUs), interni o esterni agli ospedali. Attualmente la maggioranza dei Birth Centres sono *stand alone*, ossia indipendenti ed esterni alle strutture ospedaliere: 66 su 114⁵. Entrambe le tipologie possono essere gestite privatamente o come parte del servizio sanitario nazionale; queste ultime sono la maggioranza. Del resto, il Regno Unito vanta un percorso interessante in materia di parto non ospedalizzato con un vivace di-

battito politico e pubblico che si impone fortemente già negli anni Novanta. Nel 1992, infatti, l'House of Commons Health Committee pubblica un rapporto sui servizi di assistenza materna noto con il nome di *Winterton Report*. Il documento raccomanda, tra le altre cose, che le ostetriche si assumano la piena responsabilità delle donne affidate alle loro cure attraverso un'assistenza *one-to-one* (personalizzata). Ciò significa, in primo luogo, sostegno, informazione, supporto nei vari momenti della gravidanza e della nascita e, in secondo luogo, quella continuità assistenziale che permette l'instaurarsi di una relazione di fiducia tra la donna e l'ostetrica che la segue. Si prevede inoltre che le ostetriche costituiscano e dirigano unità ostetriche dentro e fuori gli ospedali. L'anno successivo il Dipartimento della Salute pubblica britannico presenta il documento *Change the Birth* con il quale vengono ribadite le stesse raccomandazioni e viene sottolineata ancora una volta l'importanza di un'assistenza centrata sulle donne e sui loro bisogni. Si avvia, così, quel percorso di autonomia che da sempre contraddistingue la *midwife* britannica rispetto a quella di altri Paesi (tra cui l'Italia), in cui risulta evidente il rapporto meno gerarchico che questa intrattiene con gli altri professionisti della salute, in particolare con i medici ginecologi⁶. Si crea, inoltre, un precedente teorico e metodologico di chiara importanza, destinato a rappresentare un punto di riferimento negli anni a seguire anche per altri Paesi.

In Italia, la prima regione italiana ad avere previsto la possibilità di partorire in casa maternità è stata la regione Lombardia, che già nel 1987 ha previsto l'individuazione di aree per la sperimentazione del parto a domicilio e in case di maternità o strutture di accoglienza a carattere non ospedaliero (L.R. n. 16 08/05/87, artt. 5-7). Nel 2001 in attuazione della legge viene emanato un decreto (D.L. 16072 del 03.07.2001) che contiene la prima definizione di casa maternità disponibile nel nostro Paese:

Si intende per casa maternità una struttura extraospedaliera, non medicalizzata, con le caratteristiche abitative di una casa, che offre un ambiente accogliente e familiare per l'assistenza alla gravidanza, al parto e al puerperio

fisiologici, la cui conduzione è in generale affidata ad ostetriche, figure professionali deputate per definizione all'assistenza della gravidanza, parto e puerperio fisiologici (*Ibidem*: 2-3).

A tale definizione legislativa seguono definizioni operative, basate sull'esperienza pluriennale di ostetriche solitamente provenienti dall'assistenza domiciliare. Nel corso degli anni, la loro visione e il loro lavoro hanno contribuito alla riflessione/progettazione/implementazione delle case presenti in Italia, delineando un processo di identificazione univoca di tali strutture (Felli, Lauria, 2006). Secondo l'ostetrica Verena Schmid⁷:

la casa maternità è una struttura per la deospedalizzazione e demedicalizzazione della nascita, in cui grazie all'intimità dell'ambiente domestico e alla professionalità di ostetriche specializzate in fisiologia, si favorisce la salute psicofisica di madre e bambino, il *bonding* familiare e la socializzazione della maternità. Si tratta di un luogo sociale (e non sanitario) per la donna e la sua famiglia in cui vivere la maternità da protagonisti e in cui produrre e conservare la salute (Schmidt, 2010: 1).

Il rapporto con le istituzioni sanitarie è chiaro:

la casa maternità è per definizione un luogo extraospedaliero e non può quindi essere collocata all'interno di un ospedale. È collegata invece con consulenti medici e una struttura ospedaliera, a cui ci si rivolge in caso di necessità. Si tratta, infatti, di un luogo per la prevenzione primaria dei rischi ostetrici, che si prefigge l'obiettivo di mantenere il 90% di tutte le gravidanze in salute tramite un efficace accompagnamento e l'educazione alla nascita e alla salute del bambino dopo il parto (Schmidt, 2010: 1).

E ancora:

Oltre ad essere un luogo sociale di condivisione, la casa maternità è anche un luogo formativo, dove mettere in pratica i nuovi modelli di assistenza ostetrica basati sulla fisiologia e sulla salutogenesi⁸ e dove forma-

re le ostetriche. La casa maternità è, dunque, anche un luogo di ricerca e un futuro modello di un'ostetricia demedicalizzata e orientata all'*empowerment* della donna (Schmid, 2010: 3).

Si tratta di un approccio condiviso anche da Marta Campiotti, che nel 2001 stila il progetto per l'implementazione della Casa Maternità Montallegro, in provincia di Varese, che troverà apertura nel 2003.

La Casa Maternità Montallegro

Raccontare della Casa Maternità Montallegro di Induno Olona (Varese) significa raccontare di Marta Campiotti, fondatrice della struttura e ostetrica "storica" che più volte ho menzionato nelle pagine precedenti. Essere un'"ostetrica storica" nella mia definizione, rimanda all'essere protagonista di un processo di implementazione e riconoscimento del parto non ospedaliero, almeno nelle ultime tre decadi. Significa anche aver preso parte ai movimenti sociali e alle esperienze nazionali e internazionali che hanno promosso la demedicalizzazione del parto e costituire un punto di riferimento per colleghe e istituzioni. Mi sembra interessante presentare la casa maternità, proprio attraverso le parole di Marta e la ricostruzione della sua esperienza, che intreccia vita personale e professionale. Il mio diario di campo diventa uno strumento utile in questo contesto, non solo per delineare meglio le informazioni raccolte durante le interviste, ma anche per far riemergere alcune sensazioni personali che hanno connotato il nostro incontro.

L'incontro avviene in una piccola pasticceria del centro storico di Varese. Mi trovo in città per condurre un seminario di formazione rivolto alle ostetriche del Collegio locale⁹. Durante la permanenza avevo previsto di incontrare Marta, che avevo già contattato precedentemente via e-mail.

L'impatto è immediatamente piacevole e spontaneo: sembra una chiacchierata tra vecchie amiche. Marta emana un'energia positiva che mi contagia e che ritroverò negli incontri a seguire. Si mo-

stra subito molto curiosa rispetto alle mie ricerche in Messico, ai saperi e alle pratiche delle levatrici indigene e alla *sobada*. Continuiamo a chiacchierare fittamente anche mentre prendiamo la sua macchina per dirigerci verso la frazione di Induna, a un paio di chilometri dal centro di Varese, dove si trova la casa maternità. La strada principale lascia presto il posto a stradine piccole e a salite faticose. Mentre le percorriamo Marta si gira a destra e a sinistra indicando: «In quella via, vive una mamma che ha partorito con me; in quell'altra via, anche». Noto subito che non parla mai di donne, ma sempre di mamme. Sono mamme, fin da subito; non sono donne gravide o donne incinte che diventano mamme solo con la nascita del bambino. È una prospettiva talmente semplice e significativa che trovo superfluo, in quel momento, chiedere conferma. Arriviamo davanti alla casa, abbarbicata lungo una ripida stradina fa freddo e c'è della neve per terra.

L'edificio si trova alle pendici del Monte Monarco, nella Contrada di Mezzo, nel centro storico di Induna; alle spalle vi è un bosco. L'atmosfera è senza dubbio particolare. La casa è molto grande, suddivisa in piano terra, primo piano e secondo piano: al piano terra vi sono esclusivamente locali della casa maternità. Al piano superiore vi sono alcuni ambienti ancora appartenenti alla casa maternità (l'ufficio al primo piano; la lavanderia/ripostiglio e un bagno per operatori al secondo), mentre gli altri ambienti costituiscono l'abitazione di Marta, del marito e dei suoi due figli. Vi è anche un cortile e un orto pensile in cui Marta coltiva piante officinali.

Questa è una casa a tutti gli effetti, una casettina! Il fatto che ci sia la mia casa qua sopra, all'inizio mi era sembrata una mia idea originale, geniale: «Ah che bello sopra la casa!» Dopo, dopo ho scoperto che ci sono tre case maternità in Germania dove le ostetriche abitano al piano sopra; e poi nella tradizione giapponese, le levatrici, le ostetriche giapponesi quelle tradizionali, ospitano le donne nella loro casa. [...] Comunque, facilita la vita all'ostetrica, perché se tu hai figli, famiglia... delle volte mi è stato molto utile; e poi puoi fare questa ospitalità diluita: alcune stanno qua, quelle che han più bisogno stanno qua, anche dormono.

Mentre osservo gli ambienti, entriamo e ci sediamo nella stanza delle visite, continuando a chiacchierare. Chiedo a Marta di raccontarmi la sua storia, il suo percorso professionale e personale. La sua biografia, come avevo immaginato, è complessa e affascinante, e per niente lineare.

Nata a Varese, dopo gli studi classici e l'iscrizione alla Facoltà di Filosofia, Marta inizia a lavorare per il comune di Busto Arsizio, come educatrice di bambini con handicap psico-fisici. Durante il suo lavoro, nota come nelle cartelle dei bambini siano spesso presenti elementi come «parto distocico» o «parto prematuro». Inizia, in questo modo, la sua riflessione su quale relazione possa esserci tra la nascita e la loro condizione. Poi, un giorno, in una libreria, compra per caso il libro di Frederick Leboyer *Per una nascita senza violenza*:

Mi ricordo esattamente: ero nella mia camera da letto. L'ho letto tutto d'un colpo e ho detto: «Voglio far l'ostetrica, voglio fare l'ostetrica, voglio far nascere i bambini così. Proprio vocazione secondo me, libro/vocazione» (Marta).

Si licenzia dal lavoro e conclude gli studi di Filosofia, indirizzando gli ultimi esami e la sua tesi in psicologia della nascita. Dopo la laurea, conseguita nel 1977, decide di seguire il lavoro di Leboyer («lui è il mio maestro in tutti i sensi») e di Michel Odent, che allora lavorava ancora la Pithivier¹⁰:

Sono stata una delle prime osservatrici europee ad andare. Dopo sono andate centinaia di persone... prima che lui andasse poi a Londra a fare i parti in casa. Ho visto i primi parti in posizione accovacciata, in acqua a Pithivier. Ho avuto quell'imprinting lì (Marta).

Dopo la laurea si iscrive a Medicina, per poter poi accedere direttamente alla Scuola di Ostetricia di Firenze¹¹, non senza difficoltà:

Quando ho fatto la scuola io praticamente o ridevo o piangevo, perché mi insegnavano ancora a Firenze a prendere il bambino per i piedi! Imparavo

per avere il diploma, però: «Io questa cosa non la imparo». Al nido non ci sono andata perché stavo troppo male a vedere i bambini urlare separati dalla mamma. Quando ho fatto il tirocinio al nido, stavo male... io non sapevo che c'era il primo Marsupio, cioè Verena¹², che cominciava a fare i primi parti a casa, quel gruppo lì (Marta).

Dopo la laurea, rielabora la sua tesi e la pubblica con il titolo di *Nascere dolce. Dove il cambiamento è una realtà* (Campiotti, 1993). Il libro parla di Leboyer, di Braibanti, di Illich, tutti grandi maestri che Marta incontra sulla sua strada e che contribuiscono alla sua formazione. Ottenuto il diploma a luglio, a settembre assiste il primo parto in casa, quello di una collega ostetrica. Marta non ha mai lavorato in un ospedale, fin da subito si interessa a modalità di parto non ospedaliero. Si trasferisce, quindi, nella località montana di Livinio, a 1800 metri di altezza, per una supplenza come ostetrica della durata di tre mesi. Vi rimarrà diversi anni:

Non c'era l'ostetrica e io ho detto: «Beh se anche non so far niente, sempre meglio dell'ostetrica che non c'è». Per cui sono andata a luglio: prati fioriti, mucche; all'inizio, bellissimo. Poi è arrivata la neve, sei mesi all'anno c'è la neve. L'incarico me l'hanno prorogato, sono stata assunta, diventata di ruolo, ho avuto un fidanzato con cui ho abitato insieme, che poi era il medico, figurati! Sono stata benissimo per 5 anni, e lì ho imparato a far l'ostetrica. Grazie a cosa? La mia passione, sicuramente e la responsabilità. Io ero l'unica: il primo ospedale era a un'ora di ambulanza, Sondalo. E poi le donne, antropologicamente parlando, altra cosa che mi ha aiutato: le donne. Ero dentro in un ruolo in cui mi mettevano loro. Se adesso io mi devo inventare cosa sia il parto a domicilio a Varese, le donne adesso non lo sanno più. Là il primo giorno che sono arrivata c'era la coda fuori, dopo di che...cavoli! Loro sapevano cosa io dovevo fare! Addirittura mi facevano conoscere alle mamme. Perché lì fanno un sacco di parti e le donne sono molto giovani. Adesso è un po' cambiato. Per cui delle volte venivano con la loro mamma perché dovevano darmi il voto! Poi i primi parti in casa sono andati bene, per cui han detto: «No, lei è in gamba». Basta, la comunità mi ha accettato (Marta).

Negli anni successivi, Marta rientra a Firenze, ma riparte presto per Amsterdam, dove continua a formarsi. Torna a Varese quando la sorella desidera partorire il secondo figlio in casa. Appena arrivata incontra un terreno fertile, ossia diverse richieste di assistenza domiciliare da parte di amiche e conoscenti. Decide quindi di fermarsi e di lavorare in modalità part-time nel consultorio del Paesino di Arcesate. Continua, allo stesso tempo, ad assistere parti in casa. Dopo il matrimonio, decide di licenziarsi e di lavorare solo come libera professionista. Si trasferisce a Varese, dove nascerà la sua prima figlia.

Nel 1992 con la sua collega Antonella apre in città lo Studio Le Ostetriche. Lo studio si propone quale spazio di consulenza e di condivisione in cui le donne possano trovare un punto di riferimento ostetrico al di fuori dalle strutture ospedaliere. Propone assistenza continuativa e personalizzata in tutte le fasi del percorso di nascita e la possibilità di effettuare il travaglio e il parto a domicilio:

Il biglietto da visita dello Studio se lo trovo te lo faccio vedere. In realtà prevedeva già la casa maternità, ma io non lo sapevo. È una casetta, figurati! Vicinissimo all'Ospedale del Ponte. Eccolo qua. È già una casa: c'era una bella stanza per il corso, la cucina, il bagno, il tavolo. Non è mai stato uno «studio», ricordo che avevo anche scritto un articolo per D&D¹³ in cui dicevo «la tazza di tè è sempre pronta», sul concetto di accoglienza (Marta).

L'idea di aprire una casa maternità nasce, dunque, dall'esperienza dello Studio e dall'assistenza domiciliare. Un intrecciarsi di vita personale e professionale, spiega Marta:

Nasce inizialmente come idea di comodità mia, un semplificarsi la vita: io cercavo casa, i miei figli erano piccoli. E poi anche per aver visto dei travagli nello studio di Varese o nella mia casa, perché allattavo. Quell'anno lì ne ho fatti tre o quattro, perché la mia casa a Varese era sempre vicino all'ospedale e allo studio, era tutto lì. L'idea mi è venuta da che le donne in quella situazione lì si rilassavano, forse anche di più [che a casa loro]. Poi mi è venuta da alcuni trasferimenti da parto a domicilio a andare all'ospedale, accaduti assolutamente per un motivo ambientale; cioè, la casa non andava bene,

c'era qualcosa che non andava: la suocera che ti bussa, c'è un'energia negativa, il marito non convinto, tu ostetrica che non puoi avere il potere che hai qui. Lì, bene che è a casa loro, che la donna è al centro, che è tutto...però un intervento più forte...cioè sbatter via qualcuno: «Marito esci, vai a ber-ti un caffè!», puoi meno. Allora la mia idea della casa maternità è stata: «fac-cio uno studio dove la donna possa anche partorire, e continuiamo anche con i parti a domicilio». È stato un allargamento della visione: tutto come prima, però se qualcuno volesse partorire lì...Ah aspetta, alcune donne le ave-vamo escluse perché abitavano lontano, in Piemonte, di là del lago. Sono venute tre o quattro e hanno partorito qui. Io non avrei potuto andare a casa loro. E lì abbi-am detto: «vediamo se funziona».

Nasce così il *Progetto della casa Montallegro*, un documento redatto da Marta nel 2001 in cui emergono chiaramente presupposti e finalità della struttura:

Costruire una casa «materna» che sia per i futuri genitori un luogo, uno spa-zio, un tempo per incontrarsi, informarsi, aiutarsi; un luogo dove la mater-nità possa essere vissuta come occasione di crescita personale e di incon-tro sociale; dove la cura e l'attenzione per se stesse e per l'altro (neonato) assuma valore di educazione permanente. Dove le ostetriche offrano ascol-to attivo, assistenza personalizzata e qualificata, basata sulla convinzione che le donne sanno farsi carico dei processi di salute. E dove sia possibile an-che partorire, fermarsi alcune ore dopo la nascita, ritornare nei mesi suc-cessivi, col bambino, per condividere la propria esperienza; e non vivere la maternità in solitudine (Campiotti, 2001).

Nel documento si evidenzia come la centralizzazione dell'assi-stenza al parto in un unico punto nascita (per esempio l'ospedale) sia indispensabile per le gravidanze a rischio, ma sia discutibile per quanto riguarda le gravidanze a basso rischio, ossia «per le donne sane che partoriscono spontaneamente a termine un bambino ben posizionato e ben cresciuto, dove l'aspettativa di intervento è bas-sa» (Campiotti, 2001: 2). Al contrario, si enfatizza – anche citando le direttive dell'OMS – la libertà di scelta della donna e la sicurez-

za del parto non ospedaliero, che «ha anzi, qualcosa di più: può aiutare le donne a trovare dentro di sé la concentrazione e l'energia per una nascita naturale spontanea, facilitare il travaglio e il parto, dare maggiori strumenti per affrontare il dolore, favorire la prima relazione con il bambino e l'allattamento, diminuire le richieste di interventi farmacologici o chirurgici, cioè il numero di cesarei, e anche i costi sanitari» (*ibidem*: 2). I presupposti per un parto in sicurezza fuori dagli ospedali sono secondo il documento: la scelta del luogo con un certo anticipo, in modo informato e consapevole; la selezione dei casi da parte di ostetriche qualificate e secondo precisi criteri assistenziali (clinici, relazionali, ambientali); la collaborazione con un Ospedale di secondo livello per consulenze e con il pronto intervento 118 per i trasferimenti. Fondamentale poi l'affermazione che distingue le case maternità dalle strutture sanitarie: «la casa maternità non è una struttura sanitaria, perché la nascita fisiologica non è un atto medico» (*ibidem*: 3).

Nel 2001, a settembre, viene dunque aperta la casa maternità di Induna, in cui partoriscono, in media, 11 donne all'anno¹⁴. Dal punto di vista dell'organizzazione degli spazi l'edificio ha dovuto adeguarsi alla normativa prevista dal decreto 6072 del 03.07.2001, uscito qualche mese prima dell'apertura della casa. È stato aperto un secondo bagno per gli ospiti, predisposto un ingresso separato rispetto all'abitazione e un'area ufficio e altri servizi al piano superiore.

Dall'ingresso si accede alla sala utilizzata per le attività con le mamme, per esempio per i corsi pre e postparto e le attività psicomotorie di preparazione alla nascita. La stanza è molto accogliente, ha il pavimento in legno e alcuni tappeti, le pareti sono di color arancio e vi è un camino. Accanto, ricavato nel sottoscala, c'è un piccolo bagno e una zona documentazione, con libri sul parto e la nascita. Dalla sala si accede a un piccolo corridoio che conduce alla zona travaglio/parto (a sinistra) e alla zona giorno (a destra). La zona travaglio/parto/postparto è composta da una stanza insonorizzata, dalla parete di fondo color arancione. Il pavimento è in legno. Nella stanza c'è un divano letto, dei tappeti e dei cuscini. A richiesta, sono disponibili dei materassi, una palla per il parto e la sedia olandese. Vi

sono poi dei piccoli comò e qualche sedia. La stanza è utilizzata anche per le prime cure al neonato. Accanto alla stanza vi è il bagno con la vasca, usata sia per il travaglio che per il parto.

Nella zona giorno vi è una stanza adibita a diverse funzioni: attesa, colloquio, visita, angolo cottura; vi sono un tavolo e delle sedie, suppellettili e attrezzi per cucinare e riscaldare bevande, un frigo, alcune librerie e un letto per l'ostetrica, il marito, qualche parente o la donna stessa durante il travaglio. Anche qui il pavimento è in legno e le pareti sono di colore blu e di colore bianco.

Nella casa lavorano la fondatrice Marta e un'altra ostetrica. Entrambe operano come libere professioniste. Il loro lavoro viene affiancato, nei momenti di necessità, da consulenti esterni quali pediatri, neonatologi e altri operatori. La visita pediatrica viene garantita entro dodici ore dalla nascita.

Come recita il foglietto illustrativo che viene consegnato a chi richiede informazioni sulle attività, la casa maternità offre i seguenti servizi:

- incontri gratuiti di conoscenza e informazione;
- incontri a tema per genitori e operatori;
- corso in gravidanza a terra;
- corso di gravidanza in acqua;
- corso di preparazione alla nascita per la coppia (terzo trimestre);
- assistenza ostetrica alla gravidanza fisiologica;
- consulenza ostetrica su tematiche precise (precesareo, podalico ecc.);
- assistenza ostetrica al travaglio e al parto spontaneo in casa maternità;
- assistenza ostetrica al travaglio e al parto spontaneo a domicilio;
- assistenza ostetrica al puerperio a domicilio;
- accompagnamento in ospedale;
- S.O.S allattamento;
- *bed and breakfast and breast* (assistenza 24 ore in casa maternità);
- massaggio al neonato;
- incontri mamma-bambino (1-6 mesi);
- consulenza e collaborazione con medici referenti (ginecologo, neonatologo, omeopata).

Tabella n. 12. Foglietto illustrativo (fonte: Casa Maternità Montallegro).

***I bambini sanno nascere le donne sanno partorire
assistenza ostetrica con professionalità e amore***

*La visione è chiara e semplice: la nascita ha bisogno di **protezione, rispetto, silenzio.***

*La donna può esprimere il suo **potere** nel parto solo se accolta, ascoltata, rispettata.*

*L'ostetrica è "colei che sa" **accompagnare, vigilare, proteggere** per nove mesi prima e nove mesi dopo, ma anche assistere la nascita come **evento sacro.***

*La nostra Casa Maternità è nella **natura**: si trova al piano terra di un'antica e silenziosa casa nel nucleo storico di Induno Olona, alle pendici del Monte Monarvo, protetta dal bosco e vicino a una sorgente di acqua pura. È una via, un luogo di trasformazione perché la gravidanza è un **viaggio**, il parto una **meta** e il bambino un **dono.***

Non sarai sola: incontrerai donne come te nei cerchi al femminile delle dieci lune e negli incontri per la coppia, ove maschile e femminile si incontrano per differenziarsi, nei cerchi delle mamme con i loro bambini, tra coccole e massaggi.

Ti accoglieremo noi ostetriche nella piccola grande cucina, dove l'acqua bolle per la tisana che preferisci.

Questa è la casa maternità... un libro scritto a tante mani da donne e mamme in questi dieci anni, ostetriche giovani o sagge levatrici, libro impregnato dai profumi lasciati dai bambini nati nella stanza blu e dai suoni della tamboura del nostro maestro Leboyer che ogni anno ci onora della sua presenza.

Non è un luogo sanitario: il corpo non esiste senza un cuore e un pensiero.

*Desideriamo la **sicurezza**, ma anche la libertà di scelta, l'intimità, l'autodeterminazione e questo crea potere e responsabilità, e così si diventa genitori.*

Abbiamo pensato a questa casa come uno spazio, un tempo e luogo speciale per i processi di cambiamento che ogni donna deve affrontare durante la sua gravidanza ed il suo parto, e anche nei mesi dell'allattamento.

*Le proposte diversificate sono aperte a chiunque desideri prepararsi alla nascita del suo bambino come **esperienza consapevole** e insieme come **occasione di incontro e socialità**: frequentano la casa donne diverse tra loro, che desiderano anche solo una piccola parte delle nostre attività e che partoriscono negli ospedali vicini.*

Le ostetriche usano loro specifici strumenti: colloquio, visita, massaggio, fiori di Bach, alimentazione naturale, moxibustione, fitoterapia, tutto finalizzato a creare armonia ed equilibrio tra mamma e bambino in un momento di grande trasformazione.

Cielo, acqua, terra e fuoco sono gli elementi nostri alleati, attraverso le nostre mani.

La Casa Maternità è una alternativa possibile alla ospedalizzazione, in accordo con le Raccomandazioni dell'OMS, le evidenze scientifiche e le "Linee guida di assistenza al travaglio e parto fisiologico a domicilio e in Casa Maternità" (vedi Decreto Reg. Lombardia 16072 del 31/7/2001).

Il rapporto con la donna incinta inizia nel momento in cui quest'ultima contatta l'ostetrica. La maggioranza delle donne, secondo Marta, viene a conoscenza di questa opportunità tramite il passaparola, ossia da qualche mamma o coppia il cui figlio o la cui figlia sono nati in casa. Un'altra modalità frequente per conoscere la casa è l'informazione mediatica: oltre alle risorse presenti in internet, giornali e televisioni si sono spesso interessati al parto in casa e a Marta.

Io ti dico, lavoro da 20 anni e sono conosciutissima. Qui, per me è il tamtam delle mamme solamente; quelle che hanno il tamtam vogliono me, vogliono l'ostetrica Marta Campiotti; quelle che leggono libri eccetera, vogliono partorire in casa. È una richiesta diversa. L'ultimo articolo era su Vanity Fair che mi han detto che è il giornale più letto, tra l'altro han dato un titolo *Meglio partorire in casa che in ospedale*, un titolo fortissimo. Tutte le mamme che vengono a partorire qui mi dicono: «Ah ma c'era su Fair, ma eri tu...». Poi c'è stato sul Corriere della Sera un articolone a luglio. Le giornaliste, si interessano tantissimo, di più di quello che è l'interesse della donna incinta, per cui io penso che la donna incinta incontri in nove mesi di sicuro, vuoi su internet, vuoi sulla stampa, questa possibilità.

Alcune donne contattano l'ostetrica già nelle prime settimane di gravidanza, altre più tardi. Altre ancora, solo alla fine, per esempio, quando l'ostetrica e la donna si sono già conosciute per una precedente nascita. Una volta iniziato il rapporto, Marta suddivide gli incontri "sanitari" da "quella parte un po' sociale" che considera altrettanto importante nel suo lavoro. Viene fissato un incontro informativo, gratuito, in cui alla donna o alla coppia vengono offerte le prime informazioni. Inizia la conoscenza reciproca.

Le linee guida, come abbiamo visto, indicano che il primo incontro dovrebbe avvenire al più tardi entro la trentaduesima settimana, ma, secondo Marta, è meglio incontrare la donna almeno dalla ventottesima settimana, in modo da avere più tempo per conoscersi. Se l'iter inizia subito gli incontri previsti si svolgono durante l'ottava, dodicesima, sedicesima, ventesima, ventottesima, tren-

taduesima settimana. In questi incontri «succedono un sacco di cose», afferma Marta. Si compila innanzitutto la cartella ostetrica:

La nostra è molto approfondita, c'è una parte di anamnesi quasi omeopatica, c'è un'analisi molto tosta. A volte non basta un incontro, ci vogliono due. C'è anche come mangi, come sogni, come ha partorito tua mamma, soprattutto il primo giorno... per questo suddividi in due incontri. Fai la conoscenza, lavoro, stile di vita e la prescrizione degli esami. Poi magari ti chiedono diagnosi prenatale, ecografia, si risponde alle domande, si cerca di conoscersi. Il secondo incontro va un pochino più nell'intimo, ci vuole un rapporto (Marta).

Agli incontri può partecipare fin da subito anche il marito o il partner. Marta non dà indicazioni in merito, lascia la scelta alla donna o alla coppia, cercando eventualmente di adeguare gli orari degli incontri agli impegni lavorativi del padre. A volte però, viene richiesta anche una visita senza accompagnatore:

Se lui non c'è spesso escono cose diverse. Quando però loro si possono sentire sicure di venir da sole. A volte c'è qualche segreto, qualche aborto. Oppure una mi ha detto che litigava sempre, ah sì, doveva partorire in febbraio, quella volta è venuta sola (Marta).

La presenza del compagno è comunque richiesta almeno una volta durante il percorso:

Se non lo conosci mai e si vuol partorire qui in casa, deve venire una volta. Oppure, tassativo, quando andiamo a casa alla trentottesima settimana deve esserci. Non si può conoscere un papà in travaglio, assolutamente, perché il rapporto di fiducia col papà è importantissimo (Marta).

Durante le visite vi è poi la “parte clinica”:

All'inizio si parla un po', poi c'è la parte clinica: si guarda pressione, polso, occhi. Io parto molto dalle cose più lontane. Alla fine la pancia; noi facciamo la visita ostetrica con le mani, posizione, misurazione sinfisi-fondo, va-

lutazione del liquido, quello che nessuna sa fare...La visita interna viene fatta alla dodicesima e alla trentottesima settimana. Alla dodicesima per vedere la situazione iniziale, perché se poi lei ti dice «ho contrazioni», se c'è il rischio davvero di aborto, di parto prematuro, devi andare a visitarla. E lì poi magari si parla, poi magari a un incontro parli della sessualità, dell'allattamento. Del parto si parla il terzo trimestre, io prima no. Vediamo come va la gravidanza, aspettiamo a fare progetti.

La visita della trentottesima settimana è una delle più importanti:

La trentottesima settimana è un po' rituale, con il rituale di chiusura quando tu dai la reperibilità. Da questo momento ci può chiamare giorno e notte. Dai anche il telefono di casa che prima non ce l'ha, ti danno un acconto, si fa un incontro anche col marito che, comunque, conosciamo già. Si dice: «Se devi andare in ospedale in che ospedale vai, la valigia è pronta, fammi vedere dove hai messo le cose per il parto». È abbastanza importante, la visita dura un po' di più. Poi si fa la visita interna che noi, in genere, non facciamo mai, controlliamo gli ultimi esami, si contatta il pediatra. Lì dobbiamo essere in due, le due ostetriche che saranno al parto. Io non dico un anno prima: «Ho un corso a Trieste a ottobre». Però dico: «Questi due giorni ho un matrimonio, ho un corso e mi sostituisce lei. Io ci son al 90%». Lo devi dire. Mai farsi trovare che non glielo avevi detto, mai. Questa è una cosa importantissima.

La donna può raggiungere la casa maternità quando si trova in travaglio o anche prima, se lo desidera. Durante il travaglio l'ostetrica segue l'evolvere della situazione. All'avvicinarsi del momento espulsivo arriva la seconda ostetrica. Come abbiamo visto, il ruolo delle ostetriche durante il parto è di accompagnamento della donna e della coppia. Osservare e assistere, mai dirigere e intervenire, se non necessario, sono le attitudini principali delle ostetriche che assistono in luoghi diversi dalle strutture ospedaliere. Così operano anche Marta e la sua collega:

Si fa pochissimo, si cerca di fare il meno possibile. Per me la cosa indispensabile è sentire il battito, la visita non sempre [...]. Molto è sulla creazione

dell'ambiente, calore, cuscini, metter tutto a disposizione in modo che la donna possa scegliere, ma scelgono veramente loro, eh! Poi magari tu non dici niente, metti il lenzuolino, lei si butta in avanti. Cerco di parlare meno possibile, semmai di fare anche, se penso che siano utili delle azioni, dei gesti. Per cui la invitiamo, non so, per il letto, se è stanca, lei tac si sdraia. Cercando di non dire alla donna che non chiede; nella donna che chiede, che vuol essere guidata di più, allora sì. Poi a me piace preparare le cose del parto abbastanza presto. Noi abbiamo un vassoietto: le cose della fisiologia le mettiamo anche fuori, che sono pochissime, sono l'olio per il perineo, il coso per ascoltare il battito, i guanti, i telini caldi per il bambino. Poi prepariamo la siringa con 10 ml di ossitocina da fare dopo il parto, se aumenta il rischio di emorragia, anche come prevenzione, se c'è un rischio aumentato. E poi teniamo nascoste, ma preparate bene le cose dell'emergenza, una scatola emergenza bambino, una scatola emergenza mamma, per cui la flebo, l'ossigeno, quelle cose lì una volta che son pronte, basta. Cioè, anche io voglio che siano tutte pronte per me, così mi posso rilassare, essere lì completamente con lei (Marta).

Durante le prime ore dopo il parto, normalmente, il marito è presente e l'ostetrica va a riposare al piano superiore o nell'area cucina. La donna può comunque chiamarla in ogni momento. Dopo la nascita del bambino si valuta la situazione:

Normalmente 12/24 ore dalla nascita, la donna deve essersi ripresa, alzata, fatto la doccia, la pipì. All'inizio portiamo un primo pranzo noi, lì nella camera. Poi c'è la visita del pediatra; se una ha altri figli, papà viene a prendere il bambino e viene lì il bambino. È successo 3-4 volte che il bambino grande veniva a dormire: giù il materassino piccolo e sta a dormire nella stanza anche il suo fratellino. Poi vanno a casa, di solito intorno alle 24 ore, quei 2-3 casi che sono state di più era perché il bambino non si era attaccato al seno (Marta).

Nei rari casi di trasferimento della donna in ospedale, il ruolo dell'ostetrica è di accompagnamento, ma non di partecipazione diretta all'assistenza al parto:

Non possiamo assistere al parto, però fai massaggi, le parli, sei comunque l'ostetrica della donna. A Varese lo riconoscono questo ruolo. Io vado, mi ascoltano, le ostetriche: «Ah, ci sei tu».

La struttura sanitaria di riferimento di Marta è l'Ospedale Filippo del Ponte, che si trova a tre chilometri di distanza dalla casa ed è raggiungibile in circa 15 minuti. Come già detto, essere prossimi a un ospedale è uno dei requisiti presenti nelle linee guida per l'assistenza al parto domiciliare. Marta però precisa:

Non è la distanza dall'ospedale che fa la sicurezza, ma è quando l'ostetrica decide: «Questa donna va trasferita». Cioè, tu devi decidere, quando tu capisci che la situazione non è più normale. Cioè, noi non abbiamo mai l'emergenza, abbiamo sempre la situazione *borderline*: cioè abbiamo dei segnali che ci dicono che non è più un parto in salute (Marta).

Marta afferma di avere un buon rapporto con la struttura ospedaliera e con la maggior parte dei professionisti che vi lavorano:

Così dicono. Poi, cosa dicono dietro le spalle, non lo so. Però alcune ostetriche ospedaliere son venute qui a far formazione, una anche a partorire. Mi hanno chiesto di venir a far qui le loro cose. Io mi sento molto integrata anche nel pubblico, ho fatto alcune cose anche per il Collegio (Marta).

L'assistenza ostetrica continua con delle visite pianificate che avvengono nell'arco dei primi 7-8 giorni di vita del bambino. Durante le visite, l'ostetrica è attenta non solo al benessere fisico della mamma e del bambino, ma anche all'adattamento, all'aspetto psicologico e alle dinamiche familiari. Molto tempo viene dedicato alla conversazione, all'ascolto della mamma e dei suoi bisogni e all'osservazione della coppia:

Nelle visite in puerperio c'è una parte di controllo della mamma, del bambino, e sempre una chiacchierata. Qualche volta il caffè, il tè. Mentre le

visite in gravidanza durano un'ora, in puerperio un'ora e mezza, un'ora e un quarto se sei fortunata che trovi già il bambino sveglio. Si controlla il bambino, spesso loro ti chiedono di guardare il cordone. Il peso lo facciamo molto meno che in ospedale, il giorno della nascita lo pesiamo, poi no; poi sì, perché si vede il calo massimo, probabilmente il terzo giorno è il giorno che è calato di più. Se vediamo che il bambino succhia bene, aspettiamo ancora un paio di giorni e poi vediamo la crescita, cose strane che ci possono essere nel bambino, si fa proprio un controllo sanitario: ipotonico, con la febbre, alcune infezioni, cioè fare il controllo, perché il pediatra arriva solo quando il bambino ha 6 o 7 giorni. Noi vediamo l'adattamento neonatale della mamma. Si controlla il seno, sempre, che è la cosa più importante. Il capezzolo se fa male o no, la posizione dell'allattamento, il latte che arriva; poi l'involuzione dell'utero, le perdite, se c'è stata lacerazione come va, se va di intestino, tante piccole cose.

La casa maternità non esaurisce la sua funzione con l'espletamento del parto. Diventa spesso un luogo di riferimento anche nel puerperio e nei primi anni di vita del bambino. Sono le stesse ostetriche ad offrire occasioni di ritorno in quegli ambienti:

Spesso le facciamo tornare qua. Loro tornano molto volentieri. [...] Oppure le mamme che hanno avuto il trasferimento in ospedale o non son più tornate. È importante che ritornino. Riportino il bambino nella stanza. Quella stanza, per chi ha partorito rimane ovviamente connotatissima, abbiam notato che i bambini van volentierissimo! Veramente, quelli nati qua, van più volentieri, se li lasci soli un attimo, pum! Li troviamo lì. Questo lo abbiam visto, le mamme ti possono raccontare, assolutamente!

La Regione Lombardia non ha previsto ancora un rimborso per il parto extraospedaliero di conseguenza, le coppie che decidono di partorire nella Casa Maternità Montallegro devono pagare interamente il servizio. L'Associazione nazionale ha un tariffario, che costituisce un parametro di riferimento per le case maternità ita-

liane e per il parto a domicilio, sebbene vi possano essere leggere differenze locali. In media un parto in casa maternità costa circa 2500 euro.

Secondo Marta l'aspetto economico non è prevalente nella decisione di partorire in un luogo diverso dall'ospedale. Quando le motivazioni sono profonde e frutto di un percorso di consapevolezza, difficilmente la donna o la coppia non trova il modo per reperire il denaro:

Io non ho mai visto una donna che per motivi economici abbia detto di no. Tutte le volte che la donna mi ha detto «per i soldi», io a quel punto lo faccio apposta, dico: «Guarda non mi interessa, te lo faccio gratis, quando puoi me lo pagherai quanto vuoi o non me lo pagherai!» E hanno trovato un'altra scusa, quindi non è vero (Marta).

Perché scegliere la casa maternità? Alla domanda, Marta risponde in vari modi. Riassumendo la sua esperienza, potremmo dire che le donne che si rivolgono a una casa maternità sono donne che cercano una “terza via” tra l'ospedale (che comunque di solito non contemplano) e il parto nella propria casa (che, per qualche motivo, escludono). Sono donne che hanno bisogno di uno spazio *altro* in cui vivere l'esperienza del parto. I motivi possono essere diversi. Per esempio, trovano più comoda la casa maternità rispetto al proprio domicilio per qualche aspetto logistico: in città, gli appartamenti sono stretti, i vicini sono curiosi, i parenti assillanti e altro ancora. Vi sono poi aspetti legati alla posizione geografica dell'abitazione, a volte non consona (una casa isolata, in montagna), altre volte troppo lontana dalla casa dell'ostetrica o da una struttura ospedaliera di riferimento. La condizione familiare può essere un ulteriore fattore che spinge la donna a scegliere una casa maternità, rispetto al proprio domicilio: per esempio, avere altri figli e desiderare che rimangano nella propria casa con i nonni o con qualche altro conoscente mentre si partorisce. Ci sono poi donne che, pur rifiutando l'idea di un parto ospedalizzato, si sentono più sicure in una casa maternità (che è

pur sempre una struttura, con tutti gli aspetti simbolico-rituali che questo comporta: l'entrare, l'esserci, l'uscire, ecc.). La casa maternità, in questo senso, funge da contenitore di un processo specifico: un luogo per quello (la nascita), e in cui si va. La metafora del viaggio (come spostamento, ma anche come cambiamento) è del resto ben radicata nell'immaginario sul parto e la nascita. Le donne che partoriscono hanno bisogno di andare altrove: il più delle volte si tratta di un altrove simbolico-emozionale; altre volte è necessario anche un altrove fisico: un luogo *altro* rispetto alla quotidianità. Marta racconta di come questo spazio *altro* sia ricercato a volte anche dalla coppia, come valore aggiunto di per sé, a prescindere dal parto:

Una cosa particolare che è successa tre volte. È successo che le mamme col secondo bambino rompevano le acque prima, volevano venire qua, così si allontanavano dalla casa, dall'altro bambino; venivano qua col marito, tutte e due le coppie stavano qua 24 ore. Il travaglio non è iniziato. Purtroppo, per il discorso dello *screening* dell'infezione, devono andare in ospedale, perché il rischio di infezione neonatale aumenta. Perciò sono andate e han partorito con l'antibiotico in vena. Ma tutte: «No, bellissimo, quel giorno lì, finalmente col nostro compagno, la cosa più bella». Cioè, a loro non gliene fregava niente del parto, cioè, erano contente di stare via! Son andate a mangiare fuori, la pizza, sul Monarco, si son fatte una luna di miele prima del parto e poi han partorito tranquille. Che bello, due giorni qui, chissà che coccole sono, nella stanza. Si facevano il tè, il marito coi biscottini e intanto passavano le ore, perché loro se le volevano godere, che può essere anche un bene. C'è bisogno di questo spazio intermedio per passare da una cosa all'altra (Marta).

La casa maternità permette dunque un contenimento differente, sia alla donna sia alla coppia. Questo aspetto, come vedremo tra poco presentando l'esperienza della casa maternità di Bologna, interessa anche le ostetriche.



Figura 1. La Casa Maternità Montallegro (foto dell'autrice, Induna Olona, novembre 2010).



Figura 2. La sala degli incontri (www.casamaternitamontallegro.it).

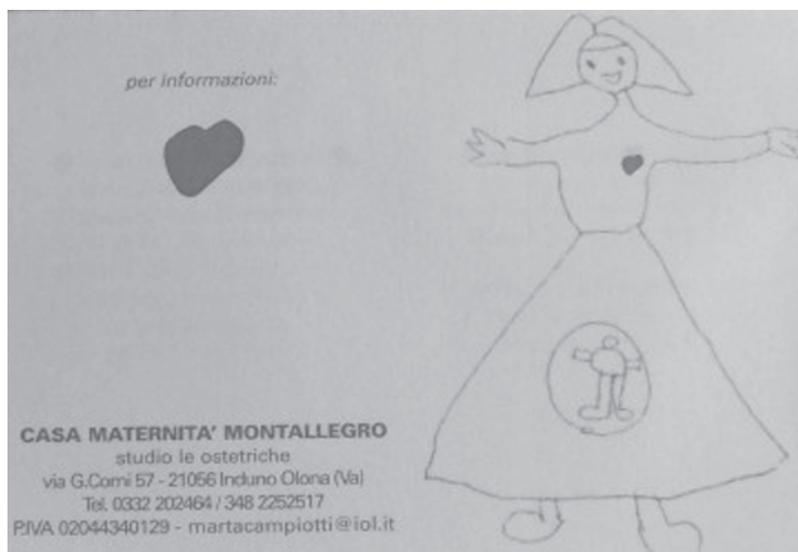


Figura 3. La Casa Maternità Montallegro, foglietto informativo.

La Casa Maternità Il Nido

La Casa Maternità Il Nido viene fondata a settembre del 2008 dall'Associazione culturale senza fini di lucro Il Nido che dal 1989 opera a Bologna e dintorni nell'ambito della maternità e della salute. L'Associazione è nata dalla volontà di alcune ostetriche di accompagnare mamme, bambini e coppie nell'evento della nascita, inteso come processo naturale e non medico e come evento che interessa la globalità della persona. Negli anni precedenti, a Bologna vi era stato un tentativo di realizzare una casa maternità da parte dell'Azienda Usl Città, ma il progetto – che aveva coinvolto un gruppo di ostetriche e di ginecologi locali – non era decollato. Nel 2003 una società privata inizia i lavori di ristrutturazione di un'area verde vincolata alla realizzazione di un progetto a valenza sociale. Il caso vuole che a curare il progetto edilizio sia un architetto donna che conosce le ostetriche de Il Nido, le quali hanno seguito le sue gravidanze. L'Associazione viene dunque interpellata: l'edificio diventerà la sede della casa maternità (Pini, 2010).

La casa maternità si trova nel quartiere Navile di Bologna, poco distante dal centro storico. La struttura è ospitata in una casa a due piani, di colore giallo tenue, circondata da un ampio giardino. Al piano inferiore ha sede l'Associazione, che dispone di un ufficio amministrativo; vi è poi un ampio salone che funge da palestra e spazio per i corsi e il lavoro corporeo; seguono gli ambulatori per le visite e le consulenze (anche di altri specialisti; per esempio, vi è lo studio di una naturopata) e la biblioteca. Al piano superiore si trova l'area travaglio/parto, che consiste in due stanze con letto matrimoniale. L'atmosfera è familiare: i colori, il mobilio, le suppellettili rimandano a un domicilio privato o a un *bed and breakfast* accogliente; di sicuro non a una struttura sanitaria. Attiguo alla prima stanza vi è un bagno con la vasca nella quale la donna può immergersi sia durante il travaglio, sia durante il parto; vi è anche uno sgabello olandese. L'altra stanza confina con un secondo bagno dotato di doccia. Infine, c'è un'area cucina completamente attrezzata, utilizzata sia dalle ostetriche che dalla coppia e una sala d'attesa con un divanetto. Nella casa maternità lavorano quattro ostetriche, un'operatrice *shiatsu* e una dietista.

Il Nido dispone di un sito internet¹⁵ in cui sono presenti la storia, l'attività dell'associazione e i servizi offerti. La casa maternità viene presentata in un breve video di 4 minuti, nel quale alcune mamme raccontano la propria esperienza. La presentazione della casa avviene in questi termini:

Tabella n. 13. Presentazione della Casa Maternità Il Nido (fonte: www.ilnido.bo.it).

La Casa Maternità è un luogo accogliente dove la donna e la coppia possono vivere serenamente l'intero percorso della maternità, dalla gravidanza, compresa la nascita, e del dopo parto.

È in grado di offrire un'assistenza continua e personalizzata da parte delle ostetriche e la possibilità di vivere il parto da protagonisti in un ambiente intimo e familiare.

Il Nido vuole anche essere un luogo sociale di supporto, di sostegno e di confronto. La Casa Maternità propone gruppi di formazione, informazione e di condivisione con l'obiettivo di favorire durante tutto il percorso la consapevolezza, la serenità e la libertà di scelta (www.ilnido.bo.it)

L'obiettivo della casa è quello di offrire un *luogo terzo* rispetto alla propria abitazione e all'ospedale in cui siano preservati i principi di demedicalizzazione del parto propri dell'assistenza domiciliare e dove la donna, la coppia e il bambino siano al centro dell'esperienza. Le attività e i servizi erogati sono i seguenti:

- corsi di preparazione alla nascita di coppia e per sole mamme;
- corsi di yoga in gravidanza;
- corso di acquaticità per donne in gravidanza;
- incontri di gruppo;
- assistenza ostetrica in gravidanza;
- assistenza ostetrica al travaglio e al parto a domicilio;
- assistenza ostetrica al travaglio e al parto in casa maternità;
- accompagnamento in ospedale;
- assistenza ostetrica domiciliare al puerperio;
- sostegno all'allattamento;
- corso di massaggio *shiatsu* al neonato.

Le attività sono prevalentemente tenute dalle ostetriche dell'Associazione, con l'intervento di specialisti quali un'operatrice *shiatsu*, una dietista, una pediatra e una naturopata. Il Nido offre, inoltre, una biblioteca, una lista di baby-sitter formatesi presso l'Associazione e la possibilità di contatto con diversi professionisti della salute in caso di necessità specifiche.

Come per la Casa Maternità Montallegro, il rapporto con la donna inizia con un primo colloquio informativo, magari a seguito di un corso o di una attività a cui la donna ha partecipato o grazie al contatto datole da qualche conoscente. Le dinamiche relazionali, di assistenza e accompagnamento durante la gravidanza, il parto e il post-parto sono simili a quelle narrate da Marta Campiotti. Il non interventismo è la caratteristica saliente e uno dei motivi per i quali le donne optano per una struttura di questo tipo:

Niente, non si usa niente di chimico. È proprio la caratteristica. Per cui, se un travaglio si arresta sai che basterebbero cinque unità di ossitocina, perché la donna è stanca o forse non si sente più sicura di partorire qui; perché sai, a vol-

te, questo lo scopri in travaglio, capita abbastanza raramente ora... Cerchi di capire come mai, cerchi di far di tutto per ripristinare le condizioni che magari possono aiutare la donna a ripartire con il travaglio. Se non parte, sicuramente non ci mettiamo a fare l'ossitocina qui! Questo è uno standard a cui ci atteniamo, perché l'obiettivo non è partorire qui. Questo, sicuramente, è il luogo che, secondo noi – insieme alla casa – può permettere alla donna di aprirsi nel migliore dei modi, di fare un'esperienza...di potere...e che le è consentita, che le è permessa questa esperienza. È il luogo dove si può esprimere al meglio; e il fatto che la donna si possa esprimere al meglio in tutte le sue potenzialità è chiaro che la rende poi più capace di aprirsi (Annalisa).

Magari qualche donna è convinta che l'episiotomia si può far fare e noi diciamo: «Sì, volendo si può fare, però noi non la facciamo perché il motivo per cui tu devi fare l'episiotomia sta nella sofferenza fetale del bambino acuta in periodo espulsivo e noi cerchiamo di non arrivare a quel livello». Cioè, se io ho un'acuta in periodo espulsivo, vuol dire che ho avuto una sorta di segnale da parte del bambino prima, dove io ti ho già portato in ospedale, perché non si poteva stare a casa. Quindi tu spieghi piano piano queste cose durante il percorso in gravidanza, che cosa non farai, di cosa si può fare in casa maternità. È vero che non usiamo farmaci, però, a volte, quando il travaglio non parte abbiamo alcuni strumenti naturali che noi usiamo, che hanno sempre usato anche le nostre vecchie colleghe di un tempo: lo scollamento delle membrane, il dare l'olio di ricino, il massaggio *shiatsu*, l'agopuntura, sono cose che utilizziamo per non farle arrivare all'induzione vera proprio in ospedale, quindi farmacologica. Durante il travaglio, tranne qualche rimedio omeopatico che può essere utile per dare forza ai muscoli, quindi anche all'utero, non diamo ossitocina mai, usiamo magari la *maxa*¹⁶, usiamo i massaggi (Vianella).

Un altro aspetto caratterizzante la struttura bolognese è la socialità: la casa maternità è nata con lo scopo di creare uno spazio sociale in cui le donne, durante tutto il corso della gravidanza, del parto e del postparto, possano trovare accoglienza, ascolto e accompagnamento. Frequentare la casa per seguirne le attività (sociali, culturali e ricreative) anche dopo la nascita del bambino è un elemento importante che connota la struttura:

È diventato un luogo sociale, vedi che le mamme si fermano, vedo che procura benessere in generale alle donne e procura benessere, devo dire, anche alle ostetriche. Perché quello che io ho notato da quando assisto i parti in casa di maternità è che mi stanco meno. Forse perché è un po' anche la nostra casa. L'idea di poter avere a disposizione una cucina, un giardino, uscire un attimo a fumare una sigaretta, staccare un momento. Cosa che magari invece in un appartamento al quarto piano non fai, non ti ricarichi in questi momenti qua. Quindi credo che sia stata una bella cosa per le donne e anche per le ostetriche (Monica).

Trovo questo aspetto menzionato da Monica interessante. Di solito, ci si interroga sul valore aggiunto di una struttura come questa per le donne e per i neonati. E invece importante ricordare che la casa maternità rappresenta un luogo «altro» anche per l'ostetrica libera professionista, abituata ai parti in casa. In una casa maternità lei stessa può sentirsi maggiormente libera di operare, e appropriarsi della socialità e della condivisione di esperienze, tanto auspicata per le mamme e le famiglie. Le parole di Annalisa sono emblematiche in questo senso:

La condivisione. Dal punto di vista dell'ostetrica [la casa maternità] è un salto. In qualche modo è un luogo che dà contenimento anche all'ostetrica, sostegno. È un riconoscimento in un progetto comune, in un gruppo di persone. E poi, noi, al di là dell'aspetto dell'assistenza al parto funzioniamo come una Pro loco, in qualche modo! Organizziamo delle feste per cercare un momento di convivialità, di divertimento. Poi è un luogo di donne, in cui è possibile ancora scambiarsi dei momenti che sono solo nostri, al di là delle proprie famiglie, delle proprie case; dove in qualche modo abbiamo la libertà di vivere la nostra intimità, di condividere le nostre preoccupazioni. È un luogo di gioia anche per noi (Annalisa).

Aggiunge Elisa:

La casa maternità è stata una rivoluzione per il gruppo, perché è un luogo nostro dove potere anche proprio aiutarci, confrontarci, stare insieme, pas-

sare pranzi, passare notti, chiacchierare anche in una maniera informale, proprio come se fosse una famiglia. Una famiglia che porta avanti i problemi della famiglia, e quindi i problemi della casa maternità, delle donne e delle ostetriche. Quindi ci si aiuta condividendo. Questa è una grandissima cosa, è la vera forza della casa maternità, oltre a dare la possibilità di un luogo. È questo. Di base c'è una famiglia. Noi siamo prima una famiglia, poi possiamo aiutare le altre. Se fossimo da sole, non potresti. Anche solo col fatto che nei parti siamo in due. Sei in due, non sei da sola. È un lavoro impegnativissimo, difficilissimo, ma lavori in due: sostegno sia professionale, sia comunque emotivo, di amicizia (Elisa).

Un terzo elemento di riflessione emerso dalle narrazioni delle ostetriche riguarda le modalità di assistenza in casa maternità rispetto a quelle a domicilio. Seppur il lavoro sia in generale lo stesso, le quattro ostetriche ritengono che la casa della donna rimanga comunque un luogo speciale, dove le dinamiche più intime e profonde – anche a livello emotivo – trovano maggiori occasioni di espressione. Nelle parole di Annalisa:

La casa rimane sempre un luogo che ti riporta un qualcosa di antico. Senti, non so, tutta l'esperienza delle tue ave, queste emozioni che senti nel raccontare delle ostetriche condotte, anche se non hai la bicicletta «Io sono sulle montagne». Anche io! Vivo la stessa cosa di partire di notte, con la macchina, il ghiaccio. Anche qui lo devo fare, però c'è questo mistero più grande, questa cosa che apri la porta, sai che quella donna è in travaglio, la conosci, sai che non avrà una gravidanza gemellare, sai che il bambino è in posizione cefalica, che ha tutti i requisiti, però non sai mai cosa ti aspetti dietro la porta. C'è questa emozione, questo brivido. Il fatto di andare a casa degli altri, anche se hai il disagio a volte. Magari devi startene in giro per delle ore ad aspettare che questo bambino, che questo travaglio diventi attivo (Annalisa).

Fondamentalmente, in casa mi piace di più perché sei più una persona di famiglia, non so come dire. Poi la casa ti dà tanti strumenti per conoscere per capire la donna: come è arredata, i colori, tante cose ti dà la casa che qui è un ambiente seppur confortevole più... è più il nostro ambiente, più aset-

tico, l'abbiamo scelto noi, non l'ha scelto la donna. Quindi sicuramente mi piace di più. Se penso all'esperienza è meno faticoso qui, come ti dicevo prima. Però le emozioni che ho vissuto, il domicilio, queste esperienze giù in Romagna in queste case in collina col mare... (Monica).

Il tema dell'*altrove*, si ritrova anche qui:

Che torni a casa, che hai magari più tempo. Qui, se è di notte, ci buttiamo nel letto, di fianco e dormiamo. Invece i parti a domicilio hai anche sempre una distanza da percorrere. Quindi sia quando vai lì, ma anche quando torni, ripensi che in quella casa è nato un bimbo e così... È un po' più piena, più completa l'esperienza (Monica).

Al contempo, la casa maternità permette all'ostetrica di lavorare e di sentirsi a suo agio in un ambiente proprio:

Non è che tutte le famiglie ti accolgono nello stesso modo. Noi abbiamo avuto anche situazioni che poi magari capisci che non lo fanno apposta. Magari non ci pensano in quel momento! Gente che non ti chiede neanche: «vuoi un bicchier d'acqua?» Hai capito? A me è capitato. Oppure mi ricordo di un parto che mi ero leggermente piegata sul divano, il marito è arrivato, io mi sono messa dietro lui è venuto a mettere a posto il cuscino che avevo sgualcito?! Sai, quelle case ultra perfette! (Monica).

È ora di cena e non ti dicono vuoi mangiare qualcosa... io so che tu come padre sei emozionato e tutto, ma io non sono in travaglio! Sinceramente sto lavorando e se non mangio... (Elisa).

Rispetto, invece alle donne, emerge nell'esperienza delle ostetriche bolognesi l'idea di "accettabilità sociale" e di "legittimazione" che la casa maternità offre, rispetto al parto a domicilio:

La casa è una situazione, come dire, più estrema tutto sommato, meno socialmente accettabile che non la casa maternità; anche se le caratteristiche dell'assistenza sono le stesse: non si fa niente, non ci sono medici. La cosa che

dà, invece, la casa maternità è la visibilità, il fatto che le donne si sentono davvero accolte. Ci sono donne che partoriscono qua che non avrebbero mai partorito a casa e, a volte, non ci sono ragioni tipo: «perché ho un altro bimbo che voglio stare più tranquilla, che non voglio che i bambini mi sentano», che le vedo cose giuste. Credo che ci si senta più riconosciuti qui, c'è una condivisione maggiore della propria scelta: il fatto che ci sia il corso [preparto], che ci sia la segreteria aperta, sei meno clandestina (Annalisa).

Questo è, secondo le ostetriche, uno dei motivi per i quali le richieste di partorire in casa maternità sono aumentate negli anni, allargando la nicchia di persone che optano per un parto non ospedaliero. La Casa Maternità di Bologna assiste in media 60 parti all'anno. Si tratta in molti casi di donne che altrimenti avrebbero partorito in ospedale. L'aver a disposizione uno spazio *terzo* che, seppur demedicalizzato, è pur sempre una struttura (in cui come dice Annalisa: «C'è anche la segreteria, per cui quando arrivi non sei sola») legittima e rassicura donne che non si sentirebbero a loro agio a partorire in casa.

Casa maternità e parto a domicilio non sono, dunque, luoghi in concorrenza e le quattro ostetriche continuano a lavorare anche a domicilio. Va ricordato, che in alcuni casi (5-10 all'anno), la frequentazione della casa maternità può essere legata alla richiesta di accompagnamento in gravidanza, durante il travaglio o nel postparto: il parto avviene, invece, in ospedale ed è assistito dall'ostetrica ospedaliera di turno. Ritorna, poi, nelle parole di Elisa il tema del *luogo altro*:

Questo è un luogo che è vicino all'ospedale, che non è la tua casa, che è un ambiente dedicato comunque alla nascita. È come se bisogna andare da qualche parte, un luogo dedicato a far nascere i bambini. Ma è il tabù. Come è difficile morire in casa; e devi andare a morire nel posto dedicato alla morte, no? Difficile accogliere in casa un morente o una partoriente, a meno che non hai le tue convinzioni. Allora il fatto che ci sia un luogo per questo, aiuta, sostiene, contiene. Un po' come c'è, magari, il discorso per la morte: morire in casa, morire in ospedale o morire in un luogo terzo? In ospedale ma-

gari non condividi l'approccio, in casa non te la senti perché sei da solo, non è forse una cosa che te la senti di fare, lì invece hai tutto quello che ti dà la casa, però, allo stesso tempo, hai anche un sostegno dato dalle mura e dalla gente che ci lavora. Un luogo per quello. Hai bisogno di andare un po' lì, come si va in un luogo per farsi curare, per farsi contenere (Elisa).

La casa maternità è poi un luogo di formazione ostetrica, soprattutto per la nuova generazione di professioniste. Questo è un punto importante, sul quale ritornerò in seguito.

È un luogo di formazione ancora tutto da esplorare, una possibilità anche per le studentesse. Fanno molte richieste di fare dei periodi di stage qua da noi. Quindi, anche se sei in un luogo che è al di fuori dell'ospedale hai la possibilità di contaminare, in qualche modo, anche altri luoghi, di entrare in rete con altri luoghi, di poter sperimentare dei modelli di assistenza che magari in ospedale è più difficile sperimentare (Annalisa).

Per concludere questa breve analisi dell'esperienza delle ostetriche che lavorano presso le Case Maternità Montallegro e Il Nido, vorrei sottolineare alcune peculiarità che una struttura di questo tipo offre, sia alle donne, sia alle professioniste. Si tratta di elementi emersi costantemente nelle narrazioni delle ostetriche e che, a mio avviso, possono contribuire al dibattito sul sostegno al modello "casa maternità". Un modello che ha già dimostrato la sua efficacia, in termini assistenziali, come dimostra l'ampia letteratura disponibile in materia (Walsh, 2010).

Alla donna, la casa maternità:

- permette un parto non medicalizzato;
- offre un'alternativa al parto domiciliare (e al parto ospedaliero);
- permette di partorire secondo le proprie esigenze e aspettative;
- permette di partorire in sicurezza;
- permette il viaggio (la necessità di andare);
- costituisce un luogo *altro* rispetto a se stesse, al proprio ambiente/domicilio;

- permette la custodia di altri figli a casa;
- costituisce un punto di riferimento “fisico” durante l’intero processo;
- costituisce un luogo sociale di condivisione prima e dopo il parto.

All’ostetrica, la casa maternità:

- permette di accompagnare e assistere un parto non medicalizzato;
- offre un’alternativa lavorativa all’assistenza domiciliare (e ospedaliera);
- permette di lavorare in autonomia;
- permette di accompagnare e assistere la donna in sicurezza;
- costituisce un luogo *altro* anche per l’ostetrica;
- costituisce un luogo di condivisione e di retroalimentazione del proprio lavoro;
- offre un ambiente sentito come proprio e conosciuto;
- costituisce un luogo di riposo e di supporto logistico;
- costituisce un luogo di formazione continua.

Alcuni degli elementi menzionati meritano maggiore riflessione. Innanzitutto, questa struttura rappresenta in effetti una “terza via”, un modello che offre la stessa tipologia di assistenza presente a domicilio, ma in un luogo *ad hoc*, dove le donne vanno e le ostetriche ci sono. Ciò può essere considerato un aspetto positivo da più punti di vista: per esempio, perché rappresenta un percorso e una scelta meno radicali rispetto a un parto a domicilio, che come abbiamo visto, è ancora in parte stigmatizzato nel nostro Paese. Partorire in una struttura (seppur non sanitaria) può rappresentare per la donna, la coppia, la propria rete sociale e la società in generale, un modo più accettabile di essere assistite e offrire in questo modo una legittimazione al parto non medicalizzato. Per gli stessi motivi, a mio avviso, la casa maternità può costituire un’opzione percorribile anche per i decisori politici, ossia coloro che progettano e implementano politiche pubbliche. In questo caso, dovrebbero essere comunque strutture autonome, inte-

grate con la rete ospedaliera ma non dipendenti da questa. Inoltre, la casa maternità intercetta donne che avrebbero altrimenti partorito in ospedale, contribuendo all'ampliamento della domanda. Ciò contribuisce al riconoscimento sociale di tale modalità di assistenza e permette ricadute in termini di assistenza, esperienza professionale, statistica, ricerca ecc.

Infine, mi sembra interessante l'idea di concepire la casa maternità come luogo di formazione e aggiornamento non solo per ostetriche (ospedaliere e libere professioniste) e allieve ostetriche, ma anche per altri professionisti che si occupano di parto e nascita, come ginecologi e pediatri. Questi potrebbero trovare nella struttura occasioni di confronto con modalità di assistenza non medicalizzate e potrebbero, in questo modo, conoscere e comprendere meglio gli aspetti fisiologici legati alla gravidanza, al parto e alla nascita.

Sarebbe interessante esplorare le prospettive politiche che strutture come queste offrono al modello assistenziale italiano, sia in termini di sostegno all'erogazione privata (per esempio con il sistema dei rimborsi), sia di convenzione o erogazione diretta da parte del SSN. Pur non essendo oggetto specifico del mio studio, non dimentichiamo infatti che vi sono altre strutture in Italia (centri nascita intraospedalieri)¹⁷ che attingono al modello casa maternità, con il fine di offrire alle donne a basso rischio un approccio fisiologico e un'assistenza esclusivamente ostetrica. Nell'ottica non escludente sostenuta in questo lavoro, ciò rappresenta un'ulteriore possibilità per le donne di scegliere con chi, dove e come partorire e, soprattutto, di godere di un parto e di una nascita liberi da interventi innecessari.



Figura 4. La Casa Maternità Il Nido (foto dell'autrice, Bologna, marzo-aprile 2011).



Figura 5. La Casa Maternità Il Nido: il salone (foto dell'autrice, Bologna, marzo-aprile 2011).



Figura 6. La Casa Maternità Il Nido: la camera (foto dell'autrice, Bologna, marzo-aprile 2011).



Figura 7. La Casa Maternità Il Nido: il bagno con vasca (foto dell'autrice, Bologna, marzo-aprile 2011).



Figura 8. La Casa Maternità Il Nido: la cucina (foto dell'autrice, Bologna, marzo-aprile 2011).



Figura 9. La Casa Maternità Il Nido: la libreria (foto dell'autrice, Bologna, marzo-aprile 2011).



Figura 10. La Casa Maternità Il Nido: la sala delle consulte (foto dell'autrice, Bologna, marzo-aprile 2011).

Note

¹ Cfr. www.birthcenters.org.

² www.birthcenter-europa.net.

³ www.geburtshaus.de.

⁴ www.geburtshaus.ch.

⁵ www.babycentre.co.uk.

⁶ Per una comparazione tra ostetricia italiana e britannica, cfr. Spina, 2009.

⁷ Verena Schmid è ostetrica e direttrice della Scuola Elementare di Arte Ostetrica di Firenze (www.ilmarsupio.it). È autrice di numerosi libri sull'argomento.

⁸ Schmid, 2007.

⁹ In questi anni sono state diverse le occasioni di conduzione di seminari di aggiornamento per ostetriche professioniste, come attività di formazione proposta da AREAS-Associazione di Ricerche Etno-antropologiche e sociali. A Varese il seminario *La prospettiva antropologica al parto. Dalle levatrici indigene di Messico e Honduras al parto medicalizzato: saperi e pratiche a confronto* si è svolto il 25 novembre 2010, per la durata di 8 ore.

¹⁰ Michel Odent è un medico chirurgo e ostetrico, noto a livello internazionale per aver introdotto negli anni Sessanta, nella clinica francese di Pithivier in cui era primario di ginecologia, la vasca per il rilassamento durante il parto e la sala parto simile ad un ambiente domestico. È anche ricercatore: le sue tesi innovative si basano sull'osservazione della fisiologia del parto e sullo studio del cervello umano rispetto agli altri mammiferi (www.wombecology.com/ basate). Ha creato il *Primal Health Research Center* (www.primalhealthresearch.com) una banca dati liberamente accessibile al pubblico, che raccoglie gli studi scientifici sulla correlazione tra quanto vissuto durante il periodo primale (gravidenza, parto, primo anno di vita) e la salute psico-fisica in età adulta.

¹¹ In quegli anni alla Scuola di Ostetricia si accedeva dopo i 3 anni di infermieristica o dalla Facoltà di Medicina, sostenendo un esame di ammissione.

¹² Verena Schmid, altra ostetrica "storica" italiana, di cui ho già parlato.

¹³ «Donna&Donna. Il Giornale delle Ostetriche», edita dalla Scuola Elementare di Arte Ostetrica.

¹⁴ Intervista con Marta Campiotti.

¹⁵ www.ilnido.bo.it.

¹⁶ *Maxa* è un termine inglese derivato dagli ideogrammi giapponesi *Moe* e *Kusa*, che significano ago e fuoco. Si riferisce alla moxibustione, una pratica terapeutica che prevede il riscaldamento di aree cutanee con l'erba *artemisia vulgaris* pressata (in disponibile in sigaro, riscaldatori o bastoncini). Nel caso della gravidanza viene utilizzata per stimolare il travaglio e il rivolgimento del feto in posizione podalica (Cfr. Cardini, 2007 *Una storia di moxibustione D&D* e Cardini, Basevi, Valentini *et al.*, 1989).

¹⁷ Per esempio il Centro nascita Alternativo dell'Ospedale S. Martino di Genova o il Centro Nascita Margherita dell'Ospedale Careggi di Firenze.

Implementazione pubblica del parto a domicilio. L'esperienza della regione Emilia Romagna

Partorire e nascere in regione. Una panoramica demografica e socio-assistenziale

L'Emilia Romagna si trova nella parte settentrionale dell'Italia, al confine con Lombardia, Veneto, Piemonte e Liguria al Nord e, con Toscana, Marche e San Marino al sud. È composta da due regioni storiche: l'Emilia che comprende le province di Piacenza, Parma, Reggio Emilia, Modena, Ferrara e la maggior parte delle province di Bologna (il capoluogo) e la Romagna che comprende le province di Ravenna, Rimini, Forlì, Cesena e alcuni comuni della provincia di Bologna. La popolazione attuale è di 4.454.393 persone. Il 7,5% dell'intera popolazione è composta da stranieri, di cui il 51,5% è donna. I Paesi di maggiore provenienza sono Marocco (13,8%), Romania (15,5%), Albania (11,6%), seguiti da Moldavia, Ucraina, Cina, Tunisia, Pakistan, India, Polonia, Filippine, Ghana, Senegal. Le nazionalità presenti sul territorio sono ben 170 (ISTAT, 2015).

L'Emilia Romagna è considerata una delle regioni più ricche e laboriose d'Italia con un tasso di disoccupazione inferiore alla media nazionale e un prodotto medio pro-capite che la posiziona al terzo posto dopo la Provincia Autonoma di Bolzano e la Lombardia.

La scelta di approfondire il caso della regione è dovuta alla presenza di un'offerta differenziata in merito alle modalità e ai luoghi di assistenza al parto che la rende un'area unica nel panorama italiano. Oltre ad essere sede di numerosi punti nascita ospedalieri (pubblici e privati) è anche il luogo – come abbiamo ap-

pena visto – in cui si trova una delle cinque case maternità presenti in Italia: la Casa Maternità Il Nido di Bologna. Infine, è una delle regioni italiane ad aver implementato l'erogazione diretta da parte del SNN dell'assistenza domiciliare al parto; ciò significa che sono disponibili sul territorio delle ostetriche che offrono assistenza pubblica (dunque gratuita) alle donne che desiderano partorire nella loro casa. In particolare tale servizio è disponibile nelle Aziende sanitarie delle città di Parma, Modena, Reggio Emilia e Rimini.

Come previsto dalla legge regionale 26/1998, nella regione le donne residenti possono dunque esercitare il loro diritto di scelta in merito alle modalità del parto e della nascita, optando per uno dei seguenti luoghi:

- nelle strutture ospedaliere e luoghi di cura, pubblici e privati;
- a domicilio, con l'assistenza privata di un'ostetrica libera professionista o con l'assistenza di un'ostetrica appartenente al Servizio Sanitario Nazionale;
- in case maternità, con l'assistenza privata delle ostetriche libere professioniste che vi lavorano.

Ricordo che – sempre ai sensi della legge regionale – le donne che usufruiscono di un'assistenza privata da parte di un'ostetrica in libera professione hanno diritto al rimborso della spesa per il parto fino a un massimo dell'80% del costo sostenuto.

In questo capitolo mi occuperò dell'offerta pubblica relativa al parto a domicilio, approfondendo in particolare le esperienze di Reggio Emilia e di Parma. Inizierò con una breve descrizione del servizio sanitario regionale e della situazione demografica e socio-assistenziale relativa al parto e alla nascita nell'intera area, per poi addentrarmi nello specifico delle aree prese in considerazione.

Il sistema sanitario regionale, in linea con la legislazione nazionale e con i principi fondamentali del SSN garantisce l'universalità, l'uguaglianza e la solidarietà alla tutela, cura e recupero della salute delle persone (decreto legislativo 229/99 e la legge regiona-

le 29/2004). Il Servizio è strutturato in Aziende Unità Sanitarie Locali (AUSL), di solito organizzate in Distretti, Dipartimenti e Presidi Ospedalieri e in Aziende Ospedaliere (AO), strutture di ricovero adibite a prestazioni specialistiche.

Per quanto riguarda i servizi di assistenza al parto e alla nascita, come in ogni regione italiana, la donna può rivolgersi al settore privato o pubblico. Per quanto riguarda quest'ultimo, il SSN rende disponibili ostetriche e ginecologi presenti nei consultori familiari che, in collaborazione con i reparti ospedalieri di ostetricia e ginecologia, seguono la donna fino al momento del parto e nei primi mesi di vita del bambino. Al momento del parto la donna può optare per un parto ospedaliero o per un parto a domicilio (dove il servizio è attivo).

I punti nascita ospedalieri sono 30 e sono localizzati nel modo seguente:

- *Area Vasta Emilia Nord*, punti nascita di: Piacenza, Fiorenzuola d'Arda, Ospedali Riuniti-Parma, Fidenza, Borgo Val Di Taro, Santa Maria Nuova Reggio Emilia, Guastalla, Montecchio Emilia, Scandiano, Castelnovo ne' Monti, Policlinico-Modena, Carpi, Mirandola, Pavullo nel Frignano, Sassuolo. In quest'area, in cui sono presenti tre Centri che garantiscono cure intensive neonatali (*Hub*) e 13 centri *Spoke*¹, si registrano il 45,5% delle nascite (CedAP, 2012).
- *Area Vasta Emilia Centro*, punti nascita di: S. Orsola-Malpighi Bologna, Ospedale Maggiore Bologna, Bentivoglio, Villa Regina Bologna, Imola, Arcispedale S. Anna Ferrara, Ospedale del Delta, Cento. Qui si registrano il 29% delle nascite. Nell'area operano 3 Centri *Hub* e 6 centri *Spoke*.
- *Area Vasta Emilia Romagna*, punti nascita di: Ravenna, Lugo, Faenza, Forlì, Cesena, Rimini, con il 25.6% delle nascite, 3 Centri *Hub* e 3 centri *Spoke*.

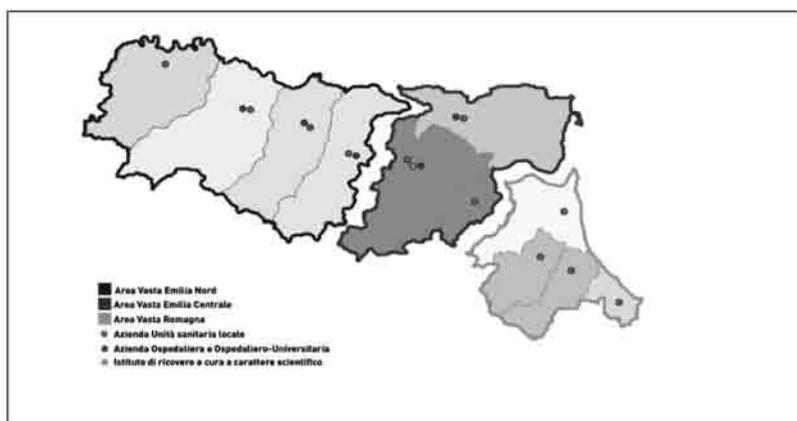


Tabella n. 14. Il Servizio Sanitario in Emilia Romagna (fonte: <http://www.saluter.it/ssr/il-servizio-sanitario-regionale>).

È importante ricordare che l'accordo stato-regioni del 10 dicembre 2010 prevede la «razionalizzazione/riduzione progressiva dei punti nascita con numero di parti inferiore a 1000 l'anno, prevedendo l'abbinamento per pari complessità di attività delle Unità operative ostetrico-ginecologiche con quelle neonatologiche/pediatriche, riconducendo a due i precedenti tre livelli assistenziali». Dei 30 punti nascita esistenti, nel corso del 2014 due sono stati chiusi definitivamente (Porretta Terme e la Casa di Cura Città di Parma) e uno temporaneamente (Ospedale di Fiorenzuola). Di conseguenza, a fine 2014 rimangono in regione 28 punti nascita attivi (Basevi, Battaglia, Caranci *et al.*, 2015).

Dal 2004 la regione rende disponibile il Rapporto annuale *La nascita in Emilia Romagna* che delinea la situazione sociodemografica e assistenziale relativa al percorso di nascita attraverso l'analisi dei dati CedAP-Certificato di assistenza al parto. I dati presentati di seguito sono stati tratti dal Dodicesimo Rapporto, riferito all'anno 2014 (Basevi, Battaglia, Caranci *et al.*, 2015). Il documento riporta e analizza le informazioni relative al 99.7% dei nati in Emilia Romagna, registrati con le schede di dimissione ospedaliera.

Un primo dato emergente evidenzia che negli ultimi cinque anni si assiste, in regione, ad un decremento delle nascite (da 42.426 nel 2009 a 36.668 nel 2014, dato fonte ISTAT), con un tasso di natalità sceso a 8,2 nati per 1000 abitanti (era 9,8 nel 2009). Rispetto ad altre caratteristiche, riassumo i dati più significativi, accorpandoli nelle seguenti categorie:

Profilo delle madri. L'età media delle madri al momento del parto è pari a 32 anni, con una discreta differenza tra italiane (media 33 anni) e straniere (media 29,5). La frequenza di donne che partoriscono ad un'età uguale o superiore ai 35 anni è passata dal 25,5% nel 2003 al 34,5% nel 2014. L'aumento della quota di madri con cittadinanza straniera, che dal 17,1% del 2003 è arrivata al 31,0% del 2013, nel 2014, per il primo anno dall'inizio della rilevazione CedAP, è in calo rispetto all'anno precedente (30,3%). La frequenza di madri non coniugate (nubili, separate, divorziate o vedove) è il 38%. Il 25,3% delle madri ha una scolarità medio-bassa (licenza elementare o di scuola media inferiore), mentre il 31,9% risulta laureata o con diploma universitario. Il 65,1% delle madri ha un'attività lavorativa e l'8,1% risulta disoccupata o in cerca di prima occupazione (nel 2008 le occupate erano il 70,6% e le disoccupate il 4,0%). Le donne al primo parto costituiscono il 52,2% del totale.

Assistenza in gravidanza. Per quanto riguarda il percorso assistenziale, il 50,3% delle donne utilizza prevalentemente servizi privati, il 44,1% si rivolge a consultori (dato in aumento negli anni) e il 5,4% ad ambulatori ospedalieri. Lo 0,2% non utilizza alcun servizio. I servizi pubblici assicurano la maggior parte dell'assistenza alle donne con cittadinanza straniera: si rivolge ad essi l'85,5% delle stesse.

Il numero medio di visite in gravidanza è 6,7 dato che si rivela costante negli ultimi anni. Il 61,2% delle donne effettua un numero di visite compreso tra quattro e sette; il 35,5% effettua più di sette visite. Un numero di visite inferiori a quattro, assunto quale indicatore di assistenza insufficiente, viene effettuato dal 3,4% delle donne. Una prima visita in gravidanza a una età gestazionale inferiore alle dodici settimane, dato anch'esso assunto quale in-

dicatore negativo di assistenza, si osserva nel 10,7% dei casi. Entrambi gli indicatori appaiono in calo negli anni, facendo supporre una maggiore tempestività della presa in carico delle donne in gravidanza. Il numero medio di ecografie effettuate in gravidanza è pari a 4,8. In particolare si osserva che il 51,3% delle donne ha effettuato tre o quattro ecografie in gravidanza; il 44,6% più di quattro ecografie.

Le donne sottoposte ad almeno un'indagine prenatale invasiva (amniocentesi, villocentesi o funicolocentesi) sono il 20,3% del totale. La frequenza risulta del 9,5% nelle donne di età inferiore ai 35 anni e del 48% nelle donne di età superiore, che godono della gratuità dell'esame. Il dato è in decremento negli anni per entrambe le classi di età e ciò è probabilmente da mettere in relazione ad una crescente offerta di test di *screening* non invasivi (il test combinato, variabile rilevata dal 2012, è stato effettuato dal 44% delle madri). Le donne che nel 2014 sono ricorse a tecniche di procreazione medicalmente assistita sono il 2,5% del totale dei parti, dato più che raddoppiato negli ultimi otto anni (erano l'1,0% nel 2006).

Il 32% delle donne durante la gravidanza ha frequentato un corso di preparazione al parto, per lo più presso un consultorio (un ulteriore 13,4% lo aveva frequentato in una precedente gravidanza). La frequenza risulta superiore tra le donne al primo parto, italiane e con alta scolarità.

Assistenza durante il parto e la nascita. In merito al parto, nel 2014 il 61% dei parti è avvenuto nei nove punti nascita di unità di terapia intensiva neonatale. I punti nascita con meno di cinquecento hanno assistito il 6% delle nascite.

Escludendo dall'analisi i tagli cesarei senza travaglio, il parto è indotto nel 25,5% dei casi (nel 70,3% dei quali con prostaglandine). Il motivo dell'induzione è per quasi un terzo la rottura prematura delle membrane e per circa un quarto dei casi la durata post-termine della gravidanza (che risulta il motivo per quasi il 70% dei parti indotti avvenuti dalle 41 settimane in poi).

Tra i parti in cui il travaglio è partito spontaneamente, nel 17,9% dei casi è stato poi pilotato farmacologicamente (*augmentation*). Il

tasso di parti cesarei nel 2014 è del 26,9%, ed è in calo negli anni. Sono meno della metà (45%) i parti per i quali non risulta né induzione, né *augmentation*, né taglio cesareo. L'utilizzo di tecniche di contenimento del dolore in travaglio riguarda l'83% dei parti: 61,2% con metodiche non farmacologiche, 20,1% con analgesia epidurale e 1,8% con altro tipo di analgesia farmacologica.

Nel 92,8% dei parti vaginali la donna ha accanto a sé una persona di fiducia, prevalentemente il padre del neonato; nel 7,2% dei casi non vi è alcuna persona accanto alla donna.

Il tasso di neonati (vivi) di peso inferiore ai 2500 grammi nel 2014 è 6,8%. Il 3,2% dei neonati ha avuto necessità di almeno una manovra di rianimazione (ventilazione manuale, intubazione, massaggio cardiaco, somministrazione di adrenalina o altro farmaco).

Escludendo i parti cesarei, oltre alla presenza dell'ostetrica (99,5%), al momento del parto nel 70,8% dei casi è presente il ginecologo (con grande variabilità tra punti nascita). Nel 21,5% dei casi il pediatra/neonatologo, nel 20,0% dei casi l'infermiere con competenze neonatali, nel 16,1% dei casi l'anestesista. La presenza del ginecologo "solo" in due casi su tre (e in alcune realtà in un caso su tre), rispetto al 77,9% registrato nel 2004, fa ipotizzare un cambiamento organizzativo verso un maggior ruolo delle ostetriche nell'assistenza al parto fisiologico.

Il parto a domicilio

Come abbiamo visto, in regione è possibile partorire in un luogo diverso dall'ospedale attraverso tre modalità: a domicilio con un'ostetrica privata, presso la Casa Maternità Il Nido e grazie all'assistenza ostetrica offerta dal SSN.

Secondo il *Rapporto Nascita* 2014 nel periodo 2012-2014, il parto a domicilio programmato ha interessato lo 0,2%-0,3% delle donne. Il parto presso una casa di maternità lo 0,1% dei parti, dato rimasto costante nel corso degli anni. In dettaglio, nel 2014 i parti domiciliari programmati sono stati ottantadue (0,2%). In trentadue casi

(0,1%) si è partorito presso una casa di maternità e in quarantannove casi (0,1%) in un luogo extra-ospedaliero non programmato. In totale i parti a domicilio e quelli in casa maternità (ossia i parti non ospedalieri programmati) sono dunque centoquattordici². È importante rilevare che per le nascite a domicilio, dal 2012 nel Rapporto è stato meglio specificato il quesito relativo al luogo del parto, in modo da differenziare i parti a domicilio programmati da quelli avvenuti a domicilio in modo accidentale, poiché, a questi ultimi, sono associati esiti perinatali peggiori (Basevi, Battaglia, Caranci *et al.*, 2015).

Per una panoramica riassuntiva dei dati disponibili, riporto la seguente tabella, compilato in base ai Rapporti Nascita relativi agli anni di riferimento:

Tabella n. 15. Luogo del parto nella regione Emilia Romagna (fonte: Basevi, Battaglia, Caranci *et al.*, 2008-2014).

Luogo del parto		2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Istituto di cura pubblico o privato		41217 (99,6%)	41.534 (99,5%)	40.934 (99,5%)	39.607 (99,5%)			36.668 (99,5%)
Strutture non ospedaliere	Domicilio	126 (0,3%)	101 (0,2%)	138 (0,3%)	112 (0,3%)			82 (0,2%)
	Casa maternità	16	40	48 (0,1%)	48 (0,1%)			32 (0,1%)
	Altrove	21	77	35	48			49 (0,1%)
Totale parto non ospedaliero		163	218 ²	221	208 ³			143

Nelle pagine seguenti, mi occuperò in particolare del Progetto *Parto domiciliare* implementato dall’Azienda Ospedaliera e dall’Azienda AUSL di Reggio Emilia e del Progetto *Parto domiciliare* realizzato presso il Distretto di Parma Centro e l’Azienda Ospedaliera di Parma.

Inizio con riportare come tale servizio venga presentato sul portale regionale dell’Emilia Romagna Saluter, sito istituzionale della regione. L’informazione si trova nella sezione “guida ai servizi” e rappresenta una delle prime modalità di contatto che la donna ha in merito all’assistenza non ospedaliera offerta sul territorio. Il servizio è presentato in questi termini:

Il parto a domicilio è possibile solo nei casi di gravidanza considerata a basso rischio. Nelle Aziende USL che hanno attivato l'assistenza al parto a domicilio, la donna che desidera partorire nella propria abitazione deve rivolgersi al responsabile aziendale del Progetto *Parto a domicilio* (cerca il Servizio su «Specifica l'ambito territoriale...»), che le comunicherà tutti i nomi, recapiti, orari, degli operatori e strutture sanitarie che le offriranno l'assistenza necessaria. La donna che decidesse di partorire a casa propria, senza usufruire dell'assistenza gratuita offerta dall'Azienda USL, può avere un rimborso delle spese sostenute. La richiesta deve essere fatta alla propria Azienda USL di residenza entro l'ottavo mese di gravidanza. Per le modalità di richiesta e di rimborso vedi scheda informativa *Rimborso delle spese sostenute per il parto a domicilio* (<http://guidaservizi.saluter.it>, 2014).

In una seconda sezione definita di «approfondimento su parto e nascita» appare inoltre la seguente informazione:

Le donne possono scegliere (in base alla legge regionale 26/1998) di partorire a casa o in case maternità. Per il parto in casa (se le condizioni di sicurezza lo consentono) è necessario informare l'Azienda USL di residenza entro e non oltre l'ottavo mese di gravidanza. Con i certificati sanitari bisogna presentare la «dichiarazione di presa in carico» con cui l'ostetrica (o il medico ginecologo) di fiducia si assume la responsabilità dell'assistenza. Il parto a domicilio si svolge in collegamento con i servizi dell'ospedale, pronti a intervenire in caso di emergenza. Per le donne straniere, dove presenti, sono gli Spazi donne immigrate e loro bambini a occuparsi di gravidanza e nascita. Dove non sono presenti gli Spazi, i servizi sono comunque garantiti dal Consultorio familiare (<http://guidaservizi.saluter.it>).

In una ulteriore sezione, con un link dedicato specificatamente alla richiesta di rimborso, appare la seguente informazione, che aggiunge alcuni elementi:

La donna che decidesse di partorire a casa propria, senza usufruire dell'assistenza gratuita offerta dall'Azienda USL (vedi scheda informativa sul *Par-*

to a domicilio), può avere il rimborso delle spese sostenute. La richiesta deve essere presentata alla propria Azienda USL di residenza entro l'ottavo mese di gravidanza, rivolgendosi all'ufficio incaricato (cerca nel riquadro «Dove rivolgersi»). Dopo il parto dovrà essere presentata una specifica documentazione. L'azienda USL eroga un rimborso in cui importo massimo è definito da ogni Azienda e non può superare l'80% delle spese sostenute e documentate (<http://guidaservizi.saluter.it>).

Segue la possibilità di ricercare – per provincia, azienda sanitaria, comune – il servizio e il contatto. Dalla ricerca emerge che solo le province di Parma, Reggio Emilia, Modena e Rimini hanno attivato il servizio, in particolare nelle seguenti località:

- Azienda Unità sanitaria locale di Modena: Carpi: ostetricia e ginecologia, Ospedale Ramazzini.
- Azienda Unità sanitaria locale di Parma: Consultorio familiare (poliambulatorio).
- Azienda Unità sanitaria locale di Reggio Emilia e Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia: Consultorio familiare di: Brescello, Carpineti, Casina, Castellarano, Castelnovo di Sotto, Castelnovo ne' Monti, Cavriago, Correggio, Fabbrico, Guastalla, Montecchio Emilia, Novellara, Quattrocastella, Reggio Emilia (padiglione Bertolani e viale Monte S. Michele), Rubiera, Sant'Ilario d'Enza, S. Polo d'Enza, Scandiano, Toano e Villa Minozzo. Arcispedale S. Maria Nuova.
- Azienda Unità sanitaria locale di Rimini: consultori familiari di Bellaria-Igea Marina, Cattolica, Coriano, Morciano di Romagna, Riccione, Rimini, Santarcangelo di Romagna, Verucchio.

Per quanto riguarda il parto non ospedaliero ricordo che, oltre al servizio pubblico, è disponibile sul territorio una rete di ostetriche libere professioniste che assistono a domicilio e in casa maternità. Nella tabella di seguito riportata, compare un elenco del numero di professioniste/associazioni per provincia, come reperibile nel sito dell'Associazione Nazionale Culturale Ostetriche Parto a Domicilio e Casa Maternità.

Tabella n. 16. Libere professioniste in regione (fonte: Associazione Nazionale Culturale Ostetriche Parto a Domicilio e Casa Maternità www.nascereacasa.it).

Provincia	Numero
Bologna	4
Modena	1
Reggio Emilia	3
Rimini	5
Parma	2
Totale	15

Non è ovviamente da escludere che vi siano ulteriori libere professioniste attive sul territorio, non iscritte all'associazione, reperibili nei singoli collegi provinciali di Ostetriche. Sul sito dell'Associazione OLPI-Ostetriche Libere Professioniste italiane³, appaiono, per esempio, due ostetriche non citate nella presente fonte, una delle quali attiva a Modena e l'altra a Piacenza. Il totale dunque è di almeno diciassette libere professioniste attive in regione.

L'esperienza di Reggio Emilia

La Provincia di Reggio Emilia, con i suoi 533.227 abitanti (ISTAT, 2015) è la terza provincia della regione Emilia Romagna, dopo Bologna e Modena. Il capoluogo, Reggio, conta 171.345 abitanti. Il tasso di natalità, pari al 11,3‰ (Battaglia, Brambilla, Castelli, 2008) e il numero di figli per donna pari a 1,55 risultano essere i parametri più elevati a livello regionale, anche grazie alla presenza sul territorio della popolazione immigrata. In provincia vi sono cinque punti nascita: Azienda Ospedaliera, Guastalla, Montecchio Emilia, Scandiano, Castelnovo ne' Monti.

Nella città di Reggio Emilia l'unico punto nascita pubblico è situato nell'Arcispedale Santa Maria Nuova che conta circa duemilacinquecento parti all'anno.

È proprio un gruppo di ostetriche del Santa Maria Nuova a gestire, quasi in maniera esclusiva, il servizio di parto domiciliare nella città. A Reggio Emilia tale servizio è attivo dal 1999. Nasce come pro-

getto interaziendale, ossia grazie alla collaborazione tra l'Azienda Ospedaliera (che rimanda all'Arcispedale Santa Maria Nuova) e l'Azienda Sanitaria Locale (che rimanda ai consultori e a cinque ospedali territoriali: l'Ospedale Civile di Guastalla, l'Ospedale Franchini di Montecchio Emilia, l'Ospedale Magati di Scandiano, l'Ospedale S. Anna di Castelnuovo ne' Monti e l'Ospedale S. Sebastiano di Correggio).

Dal punto di vista normativo, l'esperienza è resa possibile dall'emanazione della legge regionale n. 26/1998 e dalle successive delibere attuative. Nel 1999 il piccolo ospedale di Correggio viene chiuso e il reparto di ostetricia viene accorpato all'omonimo reparto dell'Arcispedale Santa Maria Nuova. Delle sei ostetriche che giungono al Santa Maria Nuova due sono già attive nel neonato Progetto *Parto Domiciliare*, che da quel momento trova sede stabile anche nel grande ospedale. Nel 2000 avviene una concertazione sindacale per definire gli aspetti economici ed organizzativi relativi all'applicazione del progetto che, di fatto, diventa operativo. Il gruppo iniziale di professionisti coinvolti non comprende solo le ostetriche, ma anche medici-ginecologi, pediatri e altri professionisti della salute impiegati per garantire un'assistenza qualificata e integrale durante tutte le fasi della gravidanza, del parto e del puerperio.

Nel 2004 viene firmato un Accordo interaziendale per la definizione delle modalità di erogazione del parto a domicilio, in cui si stabilisce un valore economico all'assistenza ostetrica e si prevede un gettone per la collega richiamata in servizio, in sostituzione di quella impiegata in casa. Nel documento vengono definite anche le tipologie dell'assistenza, le modalità di organizzazione del servizio, il personale coinvolto e altri risvolti economici. Si precisa che l'attività assistenziale alla donna che ha richiesto di partorire a domicilio comprende:

- le visite (tre-quattro) pre-parto, a carico del personale ostetrico;
- l'assistenza al parto vero e proprio (il travaglio è gestito da una sola ostetrica, sono invece richieste due ostetriche al momento del parto);
- l'esecuzione degli *screening* neonatali, a carico del personale ostetrico;

- la visita postparto a madre e bambino, a carico del personale ostetrico;
- la visita postparto al bambino, a carico del pediatra;
- la sutura delle eventuali lacerazioni superiori al 3° grado, a carico del ginecologo.

Per quanto riguarda l'organizzazione dell'assistenza, si prevede la reperibilità di due ostetriche, che deve essere garantita dalla trentottesima settimana. Si prevede anche che l'attività assistenziale riferita al parto a domicilio sia oggetto di specifica formazione.

Nel 2008 viene emanata la delibera di giunta regionale n. 533/2008 *Direttiva alle Aziende sanitarie in merito al programma percorso nascita*, che trova nel Programma materno infantile interaziendale la sede di applicazione e realizzazione dell'assistenza al «parto in ambiente extraospedaliero». Si tratta in particolare dell'adempimento dell'obiettivo n. 8 che definisce le «Linee di indirizzo per l'assistenza al travaglio e parto fisiologico in ambiente extra ospedaliero».

Durante la fase di avvio del progetto, il reclutamento delle ostetriche avviene su base volontaria. Alle professioniste vengono offerte due modalità di partecipazione: entrare a far parte del gruppo che assiste a domicilio o sostenere le colleghe nel lavoro in ambiente non ospedaliero.

Le ostetriche che hanno già esperienza di assistenza domiciliare si mostrano naturalmente propense a lavorare nel gruppo. Altre si sentono motivate dalla condivisione di un approccio meno medicalizzato al parto e da modalità di lavoro che enfatizza il loro ruolo, come la continuità dell'assistenza e l'autonomia.

Ho cominciato perché ho partorito a casa. Ho sfruttato subito la legge che mi permetteva di partorire a casa assistita. Così ho conosciuto le ostetriche del gruppo. Ho cominciato anch'io a lavorare e a seguire i parti a casa, nel 2003, aderendo a questo progetto che era già avviato dal 1999. Non lo so esattamente cosa mi ha spinto, era una cosa che mi ha sempre affascinato, l'ostetrica l'ho fatta per quello. Ho cercato, ho girato, ho conosciuto un'ostetrica olandese, sono stata a Dublino, cercavo qualcosa che ho trovato nel

parto a domicilio. Ho lavorato come ostetrica dal 1990. È un'esperienza molto diversa, ho fatto l'ostetrica per avere delle risposte, ma non le ho trovate con l'università. Quando è arrivato il progetto, ero già convinta che il parto in casa fosse una cosa buona. Non son venuta qua per il progetto. Mi è capitato e mi ci sono ritrovata (Irene, ostetrica, 2013).

Io ho iniziato un po' per curiosità, perché in università ho conosciuto solo il parto in ospedale. L'università ci aveva dato degli input sul parto a casa. Le ostetriche enfatizzavano l'approccio fisiologico. Quando sono arrivata qui ho avuto modo di provare con il progetto parto a domicilio e sono entrata nel gruppo. Sono rimasta perché mi è piaciuto molto di più del parto in ospedale. Per varie ragioni. La realtà del parto in ospedale mi convince sempre meno. In casa ritrovo soprattutto la relazione con la donna, un lavoro che fai insieme. Lo trovo un lavoro più completo di quanto puoi fare in ospedale. È un lavoro che ti dà sicuramente più autonomia e anche questo è più gratificante. Anche se è molto più impegnativo del parto in ospedale. Richiede molta più energia; ma quello che ritorna è molto di più (Giulia, ostetrica, 2013).

Oltre alla partecipazione diretta, l'Azienda ha richiesto la partecipazione indiretta da parte di tutto il reparto gineco-ostetrico, e in particolare quella delle colleghe ospedaliere che avrebbero continuato ad assistere ai parti esclusivamente in ospedale. Come mi è stato più volte indicato dalle ostetriche e dai professionisti intervistati, il supporto indiretto è stato un punto di forza per la sostenibilità del progetto:

Io ho il ricordo preciso di una riunione in cui ci è stata proposta questa esperienza: non tanto di partecipare al parto a domicilio, ma per chi non se la sentiva di coprire le colleghe che davano questo servizio. Ricordo una disponibilità molto vasta e allora i gettoni non esistevano, i gettoni sono arrivati dopo! Ci tengo a dire questa cosa, perché è partita così. Molte hanno detto: «sosteniamo questa cosa perché ci crediamo»; poi, per ragioni diverse, qualcuno non si è aggregato al gruppo, ma hanno comunque sostenuto. Questo è stato fondamentale per partire (Cristina, coordinatrice ostetrica, 2013).

Secondo la dirigente che ha seguito il progetto fin dal suo inizio, questo non avrebbe potuto perpetuarsi se non vi fosse stata una condivisione d'intenti e il sostegno concreto da parte di tutte le ostetriche del reparto. Ciò non solo dal punto di vista simbolico, ma anche e soprattutto dal punto di vista pratico: le questioni organizzative (flessibilità di orario per cambio turni in caso di reperibilità o di assistenza, chiamata di un'ostetrica in sostituzione della collega che assiste al parto, ecc.) sono state evidenti fin dalla nascita del progetto:

Per me era importante coinvolgere tutte le ostetriche dell'ospedale, indipendentemente se si sentissero o meno di spendersi in questo progetto. Chi vuole fare parti a domicilio e si sente di spendersi direttamente si spende, chi non se la sente aiuta però la collega a portarlo avanti. Vale a dire, se l'ostetrica che è di turno viene chiamata a domicilio, una sua collega si rende disponibile a fare il pomeriggio. Tutto questo progetto si regge sulla disponibilità di tutte le ostetriche. Questo secondo me è stato il valore importante; perché tutti dovevano riconoscere il valore del progetto, che l'assistenza al domicilio della donna è qualcosa che noi dobbiamo garantire (Patrizia, ostetrica e dirigente sanitario, 2013).

Alcune questioni sono state risolte nel corso degli anni: per esempio qualche anno fa, come ho già detto, è stata prevista una incentivazione economica per le ostetriche che vengono richiamate al lavoro in sostituzione di una collega che assiste un parto a domicilio. Altre questioni, come la gestione dei turni e il tema della reperibilità, sono ancora aperte per i professionisti direttamente impiegati nel servizio:

È un batter cassa in continuazione in termini di favori. Di chiedere disponibilità alle colleghe di venire a fare un pomeriggio al posto tuo. La direzione ha dato la possibilità di un gettone all'ostetrica che viene a sostituire quella che esce. Questo almeno dà un riconoscimento al lavoro che facciamo, aiuta. Ma ugualmente non è facile. È faticoso. È faticoso per come siamo organizzati noi. Questo servizio è remunerato a parte,

ma non paga con i sacrifici: è faticoso, almeno per quanto mi riguarda. Io lavoro a tempo pieno e, se lo faccio, lo faccio perché davvero mi interessa (Franco, ostetrico, 2013).

In fase iniziale sono stati definiti dei protocolli di accesso per le ostetriche che desideravano entrare nel gruppo, a partire da un'indagine interna sulle competenze già acquisite e su quelle ancora da acquisire. Tra i criteri di selezione si prevedeva un'esperienza previa di almeno tre anni in sala parto, l'aver assistito un parto domiciliare come terza ostetrica per almeno tre volte, la formazione sul campo per saturare lacerazioni vagino-perineali di primo e secondo grado e l'aver seguito un corso di rianimazione e primo soccorso.

Noi ci siamo preoccupate di fare molta formazione. Allora eravamo in meno, rispetto a ora. Rispetto a venticinque ostetriche, ma quante – ci siamo domandate – sono in grado di assistere parti e travagli fisiologici in autonomia? Se non rispondevamo a questa domanda, non potevamo partire. Le avevamo divise in tre gruppi: le più anziane, quelle di media esperienze e le giovani. Abbiamo cercato di capire quali avevano la competenza. C'erano delle aree che rimanevano da colmare, perché l'università non sempre ti insegna tutto. Per esempio, le diagnosi in travaglio, la posizione della testa fetale: abbiamo chiamato le colleghe esperte di Monza e abbiamo colmato questo tipo di competenze. Non volevamo partire solo perché qualcuno nel profilo aveva scritto che dovevamo partire! Eravamo coscienti della responsabilità che ci assumevamo e anche dell'opportunità grande che avevamo, ma dovevamo avere le competenze. La responsabilità avevamo voglia di prendercela; per le competenze abbiamo fatto un anno di formazione prima di partire (Patrizia).

La formazione è avvenuta prevalentemente sul campo, con la presenza di una terza ostetrica quale osservatrice del lavoro delle colleghe che avevano già esperienza di parto domiciliare:

Il metodo è stato sempre quello della terza. Per cui, le due ostetriche che venivano da Correggio e un'ostetrica dell'ospedale che non aveva mai partecipato al parto a domicilio. È chiaro che, nell'andare come terza forti di una

competenza nell'assistere, il percorso di inserimento in un progetto così è rapidissimo: il tempo di capire se il domicilio è un luogo in cui tu come ostetrica ti senti di spenderti. Perché l'assistenza non cambia tanto, sono altre le cose che cambiano, il fatto che tu vai dalla donna. Devo dire che tutte le ostetriche ospedaliere che si sono proposte, tutte hanno continuato. Quindi, secondo me, c'è una base: nel momento in cui decidi di essere la terza, dentro di te hai già strutturato tutta una serie di ragionamenti (Patrizia).

Il numero di professioniste impiegate nel corso degli anni non è stato costante: «Abbiamo oscillato da otto ostetriche a una e mezza!» spiega la dirigente. Nel 2013 l'organico presente all'Arcispedale è di trentasei ostetriche di cui trenta di ruolo e sei incaricate. Di queste, dal 2005 al 2010, sette ostetriche hanno preso parte al gruppo Parto a Domicilio (di cui una part-time e sei a tempo pieno). Nel 2011 per cause contingenti (due domande di mobilità e tre assenze per gravidanza) il gruppo si è ridotto a due ostetriche, di cui una a tempo pieno e una a tempo parziale.

Il servizio è attualmente gestito in maniera prevalente dall'Azienda Ospedaliera Santa Maria Nuova e la maggioranza delle ostetriche impiegate sono ostetriche ospedaliere. Attualmente sono coinvolte sette ostetriche e un ostetrico. Ciò nonostante, secondo la dirigente, il gruppo riesce a ottemperare la domanda delle donne, che «Quando sono molte, sono quindici in un anno». Sono invece molte di più le «prese in carico», ossia donne che richiedono il servizio e iniziano il percorso, ma che per qualche motivo non lo terminano. Nella maggioranza dei casi, ciò avviene per la presenza o la comparsa di un criterio di esclusione.

Come evidenziano le linee guida regionali, il servizio è rivolto esclusivamente a donne con gravidanza a basso rischio che ne fanno richiesta. La “selezione” della donna è uno dei processi fondamentali che rimandano alla sicurezza dell'assistenza domiciliare, insieme alle competenze dell'ostetrica. Come accade per le linee guida delle ostetriche che lavorano in libera professione, anche secondo le direttive regionali tra i criteri assoluti di esclusione vi sono patologie pregresse o emerse in corso di gravidanza della madre,

patologie o anomalie del feto, gravidanza gemellare, grande multiparità, emoglobina inferiore a 9g/100ml) e anamnesi positiva per patologie pregresse del secondamento.

Le due Aziende attuatrici del Progetto *Parto a Domicilio* hanno deciso, inoltre, di introdurre quale criterio assoluto (e non relativo, come previsto nelle Linee Guida), anche la positività al tampone che rileva la presenza dello streptococco B: un esame che solitamente la donna effettua tra la trentacinquesima e la trentasettesima settimana di gestazione. Si tratta di un criterio che esclude un numero crescente di donne⁴ e sul quale alcune professioniste ostetriche mostrano la loro perplessità, anche in comparazione con l'assistenza privata, dove tale criterio di esclusione è più flessibile (criterio relativo) o non è contemplato.

Dal punto di vista quantitativo, secondo i dati interni elaborati dall'Azienda Ospedaliera, dal 2000 al 2013 le ostetriche dell'Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia hanno assistito ottantacinque nascite delle centocinquantatre richieste iniziali, una media cioè di undici nascite all'anno. Nel periodo 2001-2013, sono state effettuati ottantacinque parti a domicilio su centocinquantatre richieste. Ventun donne sono state trasferite in ospedale durante il travaglio.

Per quanto riguarda l'uscita dal protocollo, cioè l'applicazione di uno o più criteri di esclusione, il dato disponibile si riferisce al periodo 2000-2011. In questo intervallo di tempo trentasette donne sono state escluse perché non rientravano nei parametri della selezione: di queste undici (29%) per tampone vaginale positive o nove (23,5%) per gravidanza oltre termine, sei (15,7%) per esami ematici alterati, quattro (10,5%) per posizione podalica, due (5,2%) per nascita prematura, due (5,2%) per ripensamento della madre, due (5,2%) per alterazioni riscontrate al controllo a termine, una (2,6%) per peso stimato superiore ai 4 kg, uno (2,6%) per varicella della madre. Le donne trasferite durante il travaglio sono state venti, di cui nove (45%) per prima fase prolungata, cinque (25%) per liquido tinto, quattro (20%) per prodromi maggiori a diciotto ore, due (10%) per emorragia post partum (Azienda Ospedaliera Arcispedale Santa Maria Nuova, 2011).

Tabella n. 17. Assistenza parto a domicilio, dal 2000 al 2013, gruppo Parto a Domicilio dell'Arcispedale Santa Maria Nuova di Reggio Emilia.

	Richieste	Parti	Trasferite Travaglio	Uscite Protocollo
2000	7	4	1	2
2001	6	3	1	2
2002	3	2	0	1
2003	9	7	1	1
2004	12	4	2	6
2005	9	5	2	2
2006	16	9	2	5
2007	10	6	2	2
2008	16	9	3	4
2009	10	6	2	2
2010	15	8	3	4
2011	16	9	1	6
2012	18	9	1	8
2013	6	4	0	2
Totale	153	85	21	47

Sempre secondo i dati raccolti ed elaborati internamente dagli operatori dell'Arcispedale, il profilo delle donne che in questi anni hanno partorito grazie all'assistenza del gruppo ospedaliero presenta caratteristiche che rimandano in parte al profilo generale di cui abbiamo già parlato: circa il 70%-80% delle donne hanno un livello d'istruzione medio-alto (laurea-o diploma superiore); due terzi delle donne rientrano nella fascia di età 30-39 anni; il 70% delle donne presenta una condizione professionale di occupata. Una quota variabile tra il 15% e il 20% è rappresentata da casalinghe (Borgognoni, Rossi, Rizzon, 2011).

Come per il settore privato, anche in questo caso il passaparola risulta essere una delle modalità preferenziali di trasmissione delle informazioni da parte delle donne che optano per un parto ospedaliero: la maggioranza delle volte conoscono il servizio attraverso qualcuno che ne ha già usufruito. In ogni caso, l'Azienda Ospedaliera fornisce informazioni attraverso il portale istituzionale⁵. Vi si trova una

Tabella 18. Presentazione istituzionale del servizio parto domiciliare di Reggio Emilia (fonte: www.aUSL.re.it).

<i>Descrizione</i>
<p>Il parto a domicilio è possibile solo nei casi di gravidanza considerata "a basso rischio". Nelle Aziende USL che hanno attivato l'assistenza al parto a domicilio, la donna che desideri partorire nella propria abitazione deve rivolgersi al responsabile aziendale del progetto "parto a domicilio".</p> <p>Questo progetto è previsto dalla legge regionale 26/98.</p> <p>Il responsabile aziendale, preso atto della scelta della donna di partorire a domicilio, le comunica le modalità organizzative e operative realizzabili a supporto del parto presso la propria abitazione:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) <i>Nominativi delle persone e strutture di riferimento;</i> 2) <i>Orari di apertura dei servizi correlati;</i> 3) <i>Numeri di telefoni utili.</i> <p>Le aziende assicurano i collegamenti fra i responsabili operativi del parto (ostetrica/o) e le strutture sanitarie interessate (118, pronto soccorso, reparti ospedalieri di riferimento). Se la donna non usufruisce dell'assistenza al parto a domicilio offerta gratuitamente dall'Azienda USL, può rivolgersi alla propria Azienda USL di residenza entro l'8° mese di gravidanza per poter ottenere, dopo il parto, il rimborso delle spese sostenute (vedi scheda "Rimborso spese sostenute per il parto a domicilio").</p> <p><i>Note aspetti economici: con rimborso</i></p> <p>Note aspetti economici regionali:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) <i>Nelle Aziende che hanno attivato l'assistenza al parto a domicilio questo è gratuito.</i> 2) <i>Nelle Aziende che non l'hanno attivata è previsto il rimborso delle spese sostenute (vedi scheda "Rimborso spese sostenute per il parto a domicilio").</i> <p><i>Note aspetti economici aziendali.</i></p> <p>L'assistenza sanitaria al parto a domicilio è un servizio gratuito se effettuato da personale dipendente dell'AUSL, mentre è possibile ottenere un rimborso delle spese se si sceglie un centro privato o personale libero-professionista.</p> <p><i>Normative</i></p> <p><i>Legge Regionale n. 26/1998</i></p> <p><i>Delibera di Giunta Regionale n. 10/1999</i></p> <p><i>Delibera di Giunta Regionale n. 983/2010</i></p> <p><i>Circolare n. 12/2010 sul "Rimborso per il parto in ambiente extra-ospedaliero" (DGR n. 983/10) rettifica</i></p> <p><i>Informazioni</i></p> <p>Per il parto a domicilio sono necessari i seguenti requisiti: gravidanza fisiologica (non a rischio di complicanze); ubicazione dell'abitazione a non più di 30 minuti di distanza dall'Ospedale. La richiesta deve essere presentata al Consultorio familiare del proprio Distretto di residenza il più presto possibile e comunque non oltre l'ottavo mese di gravidanza per permettere alla donna e alle ostetriche che la seguono di conoscersi e di instaurare un rapporto di fiducia. L'assistenza sanitaria al parto a domicilio è un servizio completamente gratuito se effettuato da personale dipendente dell'Azienda Sanitaria Locale, mentre è possibile ottenere un rimborso delle spese se si sceglie un centro privato o personale libero-professionista.</p>

descrizione introduttiva, informazioni relative agli aspetti economici e un elenco di luoghi e contatti a cui rivolgersi.

Per quanto riguarda la modalità di assistenza, a Reggio Emilia la donna in gravidanza che desidera partorire a domicilio attraverso il consultorio viene presa in carico generalmente da un'ostetrica del territorio. Con questa, inizierà il suo percorso di visite ambulatoriali e domiciliari. Come abbiamo detto più volte, è in questa fase che si crea quel rapporto di fiducia con la professionista di riferimento, considerato fondamentale in questa modalità di assistenza.

Credo che la soddisfazione stia molto nel fatto che la donna conosce chi la assiste. Credo sia una chiave di volta dell'assistenza. Purtroppo, non viene attuata, alle volte. In Italia, ci sono pochissime di queste esperienze (Franco).

Il rapporto di fiducia non è un elemento indispensabile solo nella relazione donna-ostetrica, ma anche tra le professioniste che assistono al parto, come spiega la dirigente:

Noi abbiamo pensato che, oltre al fatto che la donna sceglie l'ostetrica, l'ostetrica sceglie la propria collega. In questo modo diamo la possibilità alla donna di scegliere l'ostetrica di fiducia; ma l'ostetrica deve lavorare a sua volta con una collega di cui ha fiducia (Patrizia).

Se il secondo aspetto è più praticabile presso il Santa Maria Nuova, il primo aspetto lo è in misura minore. Solo alla trentaduesima settimana la donna incontrerà l'ostetrica ospedaliera che l'assisterà durante il parto, mentre nei mesi precedenti la sua referente rimane l'ostetrica del consultorio. Non vi è, pertanto, una continuità dell'assistenza nel senso stretto del termine (la stessa ostetrica durante tutto il percorso). Questo rappresenta un elemento di criticità del servizio. Ne sono consapevoli i professionisti che vi lavorano:

Diciamo che non è l'ideale neanche quello che facciamo noi qua, perché la presa in carica è alla trentaduesima settimana, di donne che sono seguite dal consultorio; o in alcuni casi, ma pochi tra quelle che arrivano qui, dal gine-

cologo privato. Alcune continuano a seguire l'ostetrica del consultorio, cioè sono visite in doppio, dell'ostetrica che già la seguiva e dall'ostetrica di qui; altre si staccano e vanno direttamente con l'ostetrica o le ostetriche – generalmente sono due – che dovrà assisterle. La continuità sarebbe l'eccellenza per un parto, ma questo prescinde dal parto a domicilio (Franco).

Senza dubbio, la continuità è maggiore rispetto al parto ospedaliero in altri ospedali, in cui la donna viene assistita dal personale di turno in quel momento, nella maggioranza delle volte non previamente conosciuto. Anche in caso di trasferimento in ospedale, a Reggio Emilia la continuità dell'assistenza è praticata, in quanto le ostetriche che appartengono al Progetto *Parto a Domicilio* lavorano anche nella struttura. Non si presenta, per la donna, il rischio di essere affidata improvvisamente a un'ostetrica mai incontrata prima. Tale rischio è presente quando un'ostetrica privata accompagna una donna in ospedale per una difficoltà insorta a casa. In questi casi, la donna viene di fatto “consegnata” dalla libera professionista all'ostetrica di turno. Secondo il rapporto individuale o la maggiore o minore integrazione dei servizi territoriali, l'ostetrica di fiducia potrà continuare ad accompagnare la donna (sostenendola, massaggiandola, ecc.) anche nel percorso ospedaliero ma non assistere durante il parto.

La continuità dell'assistenza domiciliare permane poi fino al puerperio, quando le due ostetriche continuano a prendersi cura della donna e del neonato attraverso visite domiciliari che avvengono in particolare nella prima settimana dopo il parto.

Al di là del percorso assistenziale della singola donna, uno degli aspetti più interessanti dell'esperienza dell'Arcispedale è il rafforzamento dell'approccio fisiologico al parto e alla gravidanza che ha interessato l'intero reparto. In un ambiente in cui l'approccio fisiologico è sostenuto, più di quindici anni di collaborazione e di confronto tra ostetriche che assistono a casa e colleghe ospedaliere ha permesso la messa in discussione dell'approccio interventista e l'acquisizione di nuove competenze e sensibilità rispetto ai bisogni della mamma e del bambino. La dirigente spiega che il contesto già fertile ha favorito sicuramente questo processo:

Da un certo punto di vista, siamo stati agevolati dal fatto che il consultorio ha aperto un ambulatorio della gravidanza fisiologica gestita solo dalle ostetriche. E, contemporaneamente, all'interno dell'ospedale abbiamo implementato un modello di assistenza dove le ostetriche assistono il travaglio e il parto fisiologici in autonomia. Questo ponte tra Consultorio e assistenza alla gravidanza fisiologica in ospedale, che veniva offerto dal parto a domicilio, rafforzava, secondo noi, tutti e due i passaggi (Patrizia).

Il processo ha contribuito ad aumentare ulteriormente l'autonomia delle ostetriche e allo stesso tempo, ha innescato un processo di normalizzazione della nascita che ha interessato anche altri professionisti presenti in reparto. È significativo, per esempio, che presso l'ospedale il ginecologo sia presente durante il parto solo il 26,3% delle volte, un valore significativamente inferiore alla media regionale del 70,8% (Basevi, Battaglia, Caranci *et al.*, 2015) e alla media nazionale del 90,35% (Ministero della Salute, 2012). È interessante, inoltre, rilevare che dall'inizio del progetto, il 60% delle ostetriche attive nell'Arcispedale ha partorito in casa alla presenza di una collega. Questo processo ha contribuito a rafforzare la relazione tra le ostetriche e a legittimare una diversa modalità assistenziale all'interno del reparto di ostetricia, come vedremo meglio nelle pagine conclusive del capitolo.

L'esperienza di Parma

A Parma il servizio di assistenza al parto domiciliare è attivo dal 2000. Come a Reggio Emilia, il progetto nasce quale servizio interaziendale, ossia dalla collaborazione tra l'Azienda Sanitaria Locale (territoriale) e l'Azienda Ospedaliera di Parma. Attualmente la maggior parte del personale impiegato afferisce all'Azienda territoriale che gestisce La Casa della Salute Parma Centro. Qui ha sede il Servizio Salute Donna e il Consultorio Centro Salute della donna di Parma. Tra gli altri consultori facenti parte del Distretto, vi è il Consultorio Lubiana, dove lavorano alcune delle ostetriche im-

piegate nel parto a domicilio. Attualmente sono coinvolte nel servizio sei ostetriche, che rispondono a una richiesta che si aggira sui venti parti all'anno.

Il percorso di progettazione e implementazione del Progetto è simile a quello di Reggio Emilia. Grazie alla legge regionale n. 26/1998, tra il 1998 e il 1999 si crea un gruppo di lavoro interdisciplinare e interaziendale che ha lo scopo di stilare le linee guida per l'assistenza non ospedaliera, definendo gli aspetti clinici, organizzativi ed economici al riguardo. Nel gruppo vi sono ginecologi, ostetriche ospedaliere e territoriali, anestesisti, neonatologi e pediatri di base. La prima delibera che recepisce il lavoro del gruppo risale all'anno 2000; seguono poi diversi aggiornamenti in itinere, fino alla delibera n. 570/2008 *Modalità di assistenza diretta al parto a domicilio erogata dal Servizio sanitario nazionale: revisione delle Linee Guida* (Regione Emilia Romagna 2008):

È ovvio che un gruppo così nasce su base volontaria, dall'interesse che hanno alcune persone che vedono la nascita come un elemento importante, non solo come evento individuale, ma anche di tipo sociale, al quale bisogna dare risposte diverse. Magari, sono risposte di nicchia. È evidente che non sono grandi numeri. Io ho fatto parte del gruppo di lavoro interdisciplinare che ha elaborato le *Linee Guida*. All'inizio hanno dato adesione anche un buon numero di ginecologi che sono stati presenti in una fase iniziale. Dopo di che noi non c'entriamo proprio più. Il medico è escluso. Nella conduzione di un travaglio fisiologico a casa non siamo mai entrati. In quel momento però, eravamo tutti lì per «oliare i meccanismi», direi, in modo da dare alle coppie che lo desiderassero la possibilità di vivere la nascita in maniera più privata, ma coniugandola con ottimi livelli di sicurezza per la madre e il bambino (Paola, ginecologa e dirigente sanitario).

Nelle linee guida vengono definite le modalità assistenziali delle donne e del bambino. A Parma la presa in carico avviene attraverso il consultorio. Le donne che richiedono il servizio vengono a conoscenza di questa opportunità tramite il passaparola o tramite l'informazione istituzionale. Quest'ultima è resa disponibile sul

sito internet aziendale⁶, su opuscoli e volantini presenti nelle varie sedi e durante i colloqui e i corsi prenatali organizzati dai consultori. Entro la trentaduesima settimana la richiesta deve essere inoltrata all'AUSL compilando il modulo preposto:

La trentaduesima settimana è il termine per presentare la domanda. La donna fa un primo colloquio informativo, viene firmata una presa in carico e fatto compilare un certificato di buona salute da parte del medico o del ginecologo di base. In seguito, vi sono altri incontri, in cui viene valutata la richiesta in base all'anamnesi, alla storia e alla fisiologia. Si fa una prima selezione. Poi la selezione continua, in continuazione dobbiamo essere sicure dell'esistenza dei criteri di inclusione (Marilena, ostetrica e responsabile AUSL del Progetto *Parto a Domicilio*).

Durante l'anamnesi vengono presi in considerazione diversi fattori, non solo quelli clinici. Per esempio, fattori emozionali, quali le paure, le emozioni, la vita affettiva e relazionale, l'accettazione del bambino e dei cambiamenti corporei. Si valutano anche fattori ambientali e comportamentali, come il comportamento in gravidanza, il ruolo del partner, il supporto presente, la vita quotidiana, l'ambiente, le aspettative ecc. Entro la trentaseiesima settimana è previsto un incontro in cui le due ostetriche che assisteranno la donna si recano al suo domicilio. In questa occasione si valutano le caratteristiche dell'abitazione, si rivalutano i criteri di selezione e si approfondiscono gli aspetti legati alla vita quotidiana della donna e della coppia. Durante la trentottesima settimana, questa volta presso l'ambulatorio, avviene un'ulteriore visita clinico-ostetrica e si prendono accordi in merito alle visite successive e alla consegna della borsa ostetrica alla donna. Prima del parto è prevista almeno una ulteriore visita domiciliare da parte delle ostetriche e un ulteriore controllo in ambulatorio. Altri controlli e visite avvengono secondo necessità.

Anche nel percorso consultoriale viene sottolineata l'importanza della relazione di fiducia che si instaura con la donna e che rappresenta il valore aggiunto di questo tipo di assistenza.

Cerchiamo di essere sempre le stesse ostetriche che ruotano intorno a quella richiesta lì. Cerchiamo di dare questa continuità assistenziale. Questo per noi è sicurezza: il creare quella confidenza che non è un'intimità amicale. È qualcosa di diverso: crei un'alleanza con la donna, un rapporto che deve decollare per un tuo sentire personale (Marilena).

Il parto viene assistito da due ostetriche, la prima delle quali segue l'intero travaglio, la seconda giunge all'avvicinarsi dell'espulsivo. Vengono allertati la sala parto dell'Ospedale di Parma e il 118, che saranno nuovamente ricontattati due ore dopo il parto. Durante il puerperio, sono previste visite giornaliere nei primi 3-5 giorni. Il sostegno nel post partum è un elemento che contraddistingue, come abbiamo visto in precedenza, il parto domiciliare rispetto a quello ospedaliero, in cui l'assistenza di personale qualificato cessa con la degenza.

L'assistenza durante il puerperio inizia convenzionalmente due ore dopo il parto e termina al quarantesimo giorno dalla nascita del bambino. Essa avviene attraverso un percorso di visite domiciliari ravvicinate durante la prima settimana (in genere una visita al giorno) e offre sostegno e aiuto su chiamata nel rimanente periodo. Nelle settimane successive al parto, la donna può rivolgersi al consultorio in caso di necessità. Può inoltre usufruire dei servizi preposti, in particolare dell'Ambulatorio per il sostegno all'allattamento e al puerperio.

Anche in questo caso, il numero di donne che usufruisce del servizio è esiguo: in media venti parti all'anno. Il tema della mancata pubblicizzazione del servizio è ridondante nelle interviste raccolte, sia a Parma che a Reggio Emilia. I miei interlocutori lo associano al basso numero delle richieste. Molte donne, in effetti, non conoscono questa opportunità e non la incrociano durante la loro traiettoria. Se la incontrassero alcune di queste la farebbero propria? Se è pur vero che la scelta di un parto non ospedaliero presuppone un percorso personale e di coppia di un certo tipo, non possiamo escludere che altre donne rispetto a quelle già "predisposte" a effettuare questo percorso (per cultura, per esperienza pre-

via ecc.) possano essere interessate e innescare, a loro volta, un processo di riflessione dei propri assunti; in particolare quando è lo Stato – attraverso il suo servizio di assistenza – che avvalga tale opzione. Il tema ritorna frequentemente nelle parole delle ostetriche intervistate che, d'altra parte, rimandano la questione all'esiguo numero di personale impiegato nel progetto. Si delinea così l'esistenza di un circolo vizioso, disinnescabile solo attraverso volontà politico-economiche specifiche:

Non c'è molta informazione. È per certi aspetti una nostra tutela, per le energie che possiamo dare. Noi siamo in tre, ma un po' «azzoppate»! Il fatto di non poter rispondere, a volte, a tutte le domande, è come lavorare un po' nascoste, per certi aspetti. Nei corsi di accompagnamento alla nascita a volte lo dico che c'è questo servizio, a volte lo sussurro: questo è legato proprio all'energia che noi possiamo dare. Questo è un innamoramento, io la sento ancora la voglia di fare questa cosa, magari anche con forze inferiori, ma non voglio mollare. È una grossa opportunità che dai alle donne e anche a te stessa. Ma le energie da mettere in campo sono enormi (Patrizia, ostetrica).

Si fa con il personale che si ha. Noi abbiamo due consultori, queste persone non è che nel periodo che comincia la reperibilità le possiamo tenere solo per quello. Sono persone che sono inserite nella normale attività. Però bisogna fare in modo che se vengono chiamate per il parto, l'attività che stanno svolgendo sia coperta. A volte, significa perdere due persone dallo stesso servizio o, addirittura, dallo stesso consultorio, capisce? L'aspetto positivo è che sono persone molto motivate e che hanno già maturato l'esperienza. L'ideale sarebbe che possano esserci nuove acquisizioni, per il momento sono anche numeri piccoli... (Paola).

Ciò che mi sorprende maggiormente nelle narrazioni delle ostetriche è ritrovare alcune tematiche emerse nelle conversazioni con le colleghe libere professioniste, in particolare, in merito al riconoscimento e alla valorizzazione del loro lavoro da parte dei colleghi. Mi riferisco, per esempio, alla collaborazione con il perso-

nale ospedaliero (per esempio, nel caso di un trasferimento durante il travaglio o il parto) e al rapporto con le colleghe ostetriche che non assistono a domicilio. Evidentemente, neanche la legittimazione pubblica del servizio è sufficiente a scardinare pregiudizi, malintesi e gerarchizzazioni insite nel confronto tra modalità tanto diverse di interpretare il processo riproduttivo:

La chiusura maggiore è «la struttura». Perché poi, se trovi le persone fuori dal contesto, senti che c'è un avvicinamento. A me non è capitato tanto di avere il confronto tra il dentro e il fuori, con i medici per esempio. Ma con alcune colleghe, quando siamo fuori [dall'istituzione], vedo che ci potrebbe essere un dialogo, come se ti calassi una maschera; mentre quando vai dentro, è chiaro a tutti: quelle son le regole. A volte è come se anche loro fossero imbrigliate dentro, loro malgrado (Giulia, ostetrica).

È ancora tutto molto individuale, perché si raccontano molte cose sulla casa. Però poi di fatto ci capita di accompagnare delle mamme all'interno dell'ospedale e quello che abbiamo visto è che l'impostazione medicalizzata fanno fatica ad abbandonarla per usare un altro metodo: più relazionale, più empatico. Poi dico, fortunatamente le ostetriche sono tante, per fortuna ci sono ostetriche giovani che hanno voglia di sperimentare. Insomma le acque lì si sono mosse un poco; ma da lì a dire che oggi in una struttura ospedaliera ci possa essere per la donna la possibilità di sentirsi riconosciuta e libera...questo non c'è (Clelia, ostetrica).

In ogni caso, il riconoscimento politico e l'implementazione pubblica è per tutte le persone da me intervistate (ostetriche, dirigenti, donne) un elemento positivo, che ha permesso l'emersione di una modalità differente di partorire e nascere e anche di un modo diverso di accompagnare tali processi:

È un venire alla luce, è un essere riconosciuto. Dire: «Ok, non devo fare le cose un pochino di nascosto». Nel primo parto fatto con l'Azienda abbiamo utilizzato gli strumenti che l'Associazione Futura⁷ aveva messo insieme. Per esempio: la borsa dell'Associazione Futura. Tutti sapevano che io pri-

ma facevo i parti in casa), ma uscire da questo silenzio è stato importante. Facciamo parte di un'azienda ospedaliera che va a casa (Patrizia).

Per me il passaggio è stato molto importante perché è il riconoscimento politico di un diritto. Ha rafforzato il potere delle mamme, il potere delle donne che ne facevano richiesta. L'ha riconosciuto, l'ha fatto suo. Al di là dei numeri, questa è la conquista più grande. Poi, alla fine, anche per noi che un po' come «carbonare» ci siamo buttate in questo è stato importante; perché ci sono delle pulsioni profonde che ci hanno animato (Clelia).

L'ideale confronto costruttivo tra le due visioni e i due *modus operandi* si dà a fatica. Spetterebbe proprio alle istituzioni creare maggiori occasioni di contatto e di dialogo. Mi sono stupita, per esempio, nell'apprendere che non vi sono stati nel corso degli anni momenti di diffusione dell'esperienza emiliana in altre regioni. Il progetto, come mi hanno spiegato le dirigenti sanitarie intervistate, è stato presentato in eventi specialistici e di settore, ma nessuna regione italiana ha invitato i responsabili e gli attuatori a raccontare dell'esperienza, in un'ottica di interscambio e confronto tra politiche e pratiche sanitarie. Essendo l'unica regione in Italia a potersi pregiare di un'esperienza di questo tipo, mi sembra quanto mai sorprendente. D'altra parte, il valore aggiunto del Progetto è innegabile:

La cosa penso più importante, al di là dei numeri, è che questo progetto ha riconosciuto anche un potere a noi, che eravamo appunto clandestine. Quindi anche davanti alle istituzioni che sono comunque contrarie, ora esistiamo. Molte sono contrarie: soprattutto i luoghi del parto che sono classici, classici perché erano gli unici in voga! Queste persone qui, questi luoghi qui hanno dovuto confrontarsi con un modo diverso. Abbiamo anche sperato che questa esperienza potesse forse modificare l'altra! (Patrizia).

Un altro tema interessante da esplorare è se il parto domiciliare offerto in servizio pubblico sia più o meno costoso rispetto al parto ospedaliero. Il tema economico è politicamente rilevante, sia per quanto riguarda l'offerta attuale, che per una riflessione più am-

pia in merito alla riproducibilità dell'esperienza in altre regioni. Studi effettuati in altri Paesi, mostrano che l'assistenza domiciliare è meno costosa per lo Stato, rispetto all'assistenza in una struttura sanitaria. In particolare i costi minori riguardano il numero e la tipologia di personale impiegato, il minor utilizzo di strumenti, medicinali e macchinari e la non degenza ospedaliera nel post partum (Anderson, 1999; Henderson, 2003; Henderson, Petrou, 2008; Schroeder, Petrou, Patel *et al.*, 2012). Purtroppo, nel nostro Paese non abbiamo dati al riguardo. L'aspetto economico – anche qualora favorevole – non è certo l'unico aspetto da prendere in considerazione nella riflessione sulla viabilità dell'ampliamento dell'offerta, come ben sottolinea la dirigente aziendale:

Sui grandi numeri significa un'organizzazione complessa. Devi avere gli incontri preliminari con le donne, spiegare cos'è questo servizio. Per non perdere il significato. Per dare a tutte questa possibilità, devi mantenerla: «Non ti ho mai visto né conosciuto e vengo a casa tua e ti assisto!» Una volta nelle campagne quanto c'era l'ostetrica comunale era ben nota alle persone che assisteva. C'era una base relazionale anche al di fuori della gravidanza. Al giorno d'oggi devi mantenerla un'assistenza fatta in questo modo. Deve avere un significato sul piano relazionale. Non può avere solo un significato economico. Altrimenti lo fai meglio in un ospedale (Paola).

L'ampliamento del servizio, sicuramente darebbe la possibilità a un numero maggiore di donne di avvicinarsi a una modalità di assistenza al parto e alla nascita differenti, come dimostra la letteratura disponibile su questo aspetto. Probabilmente, il profilo delle donne continuerebbe ad ampliarsi, processo già in atto, come abbiamo visto:

Un po' sono cambiate. All'inizio c'era la nicchia, gente acculturata, sensibilizzata che cercava qualcosa di diverso, anche un po' politicizzata. Adesso sono un po' cambiate. C'è sempre gente che ha una certa sensibilità, che si pone qualche quesito. Poi ci sono anche quelle che dicono: «Visto che c'è il servizio ne usufruisco». Prima se volevi questa cosa, dovevi un po' cer-

carci. Ora il servizio viene offerto. È più abbordabile. In ogni caso, il livello culturale è sempre abbastanza elevato (Giulia).

Le quattro donne che ho intervistato e che hanno usufruito del servizio a Parma affermano che le loro aspettative sono state soddisfatte. Emerge nelle loro esperienze l'importanza data al rapporto con le ostetriche: quella relazione di fiducia, il rispetto e il riconoscimento delle capacità e dei ruoli reciproci di cui abbiamo più volte detto. Anche altri elementi di sicurezza, sono presenti nelle loro narrazioni: l'ambiente familiare, la possibilità di scegliere la posizione del parto, la presenza del partner che, a sua volta, si sente libero di agire, la discrezione delle ostetriche, l'atmosfera che la casa offre in quanto ambiente proprio e protetto, la non presenza di estranei, il non interventismo, il rispetto dei tempi, la scelta delle risorse disponibili (acqua, musica, massaggi), la scelta del luogo e altro ancora.

È interessante notare che nei loro racconti la presenza di amici e familiari che non condividono il loro desiderio di partorire in casa è presente come nei racconti di assistenza domiciliare privata. Ciò è indicativo del fatto che il cambiamento socioculturale che deve accompagnare tale modalità di nascita è un processo lungo e complesso. Il fatto che il SSN legittimi il servizio (anche in termini di sicurezza) non è motivo sufficiente per chi non è direttamente coinvolto nella scelta per ritenerla praticabile. Il riconoscimento pubblico sostiene maggiormente, invece, eventuali perplessità e dubbi da parte della donna o del partner. È interessante notare che la perplessità di alcuni componenti della famiglia (in due casi, rispettivamente la madre e entrambi i genitori della donna) viene superata grazie alla conoscenza diretta delle ostetriche che assisteranno al parto. Elemento interessante, che mostra ancora una volta come aspetti relazionali ed empatici siano fondamentali in questo tipo di percorso.

Il bilancio dell'esperienza è per queste donne del tutto positivo, come abbiamo detto. Unico suggerimento emerso per contribuire a migliorare ulteriormente il servizio è il prolungamento dell'assistenza nel periodo puerperale, come dirò nel prossimo paragrafo.

Un bilancio in itinere

In conclusione di questo capitolo, vorrei riassumere gli elementi di maggiore interesse emersi durante le mie interviste⁸. Si tratta, in alcuni casi, di aspetti condivisi a Reggio Emilia e a Parma in altri, vi sono argomentazioni che interessano maggiormente l'Arcispedale Santa Maria Nuova. Credo che questi elementi, nel loro complesso, possano costituire occasione di bilancio sulle positività già espresse dai due progetti, ma anche riflessioni sulle potenzialità ancora disattese che un servizio di questo tipo può offrire alla regione Emilia Romagna e all'intero Paese.

Tra i processi positivi innescati dal *Progetto Parto a Domicilio* vi sono:

- *La continuità dell'assistenza*. Il 100% delle persone intervistate menziona la continuità dell'assistenza durante la gravidanza, il parto e il post partum (cioè essere seguite da un'ostetrica di fiducia) quale valore aggiunto dell'assistenza domiciliare. Qualora la donna dovesse essere trasferita in ospedale durante il travaglio o il parto, a Reggio Emilia la sua ostetrica continua a seguirla, in quanto la professionista lavora anche all'ospedale di riferimento: il Santa Maria Nuova. Le ostetriche territoriali o le libere professioniste, sia a Reggio Emilia che a Parma sono invece costrette a "consegnare" la donna all'ostetrica ospedaliera di turno. In questo modo la continuità dell'assistenza è interrotta. Il ruolo dell'ostetrica di fiducia durante il ricovero dipenderà poi dalle relazioni previe tra la professionista e lo staff ospedaliero e potrà oscillare tra l'accompagnamento (ma non l'assistenza al parto) e l'allontanamento volontario o richiesto. Nonostante la continuità dell'assistenza sia in questi due ultimi casi interrotta, è pur vero che questa si dà in maniera maggiore rispetto ai parti ospedalieri, dove l'ostetrica è quella presente al momento del ricovero.
- *Il miglioramento della qualità ospedaliera dell'assistenza al parto e alla nascita*. Per quanto riguarda l'esperienza dell'Arcispedale Santa Maria Nuova, più di un decennio di collaborazione tra ostetri-

che ospedaliere che appartengono al gruppo Parto a Domicilio e colleghe ospedaliere ha comportato il rafforzamento di un approccio fisiologico alla nascita, anche dentro la struttura sanitaria. La condivisione di esperienze tra ostetriche che assistono in sala parto e professioniste che assistono anche a domicilio ha permesso la messa in discussione di un approccio interventista e l'acquisizione di nuove competenze e sensibilità rispetto ai bisogni della mamma e del bambino. Questo processo ha contribuito ad aumentare l'autonomia delle ostetriche del reparto, sia durante il travaglio che durante il parto fisiologici. Al contempo, ha condotto a una diversa visione e a una differente pratica tutto il personale medico e sanitario del reparto (ginecologi, pediatri, neonatologi e infermieri). Ciò è dimostrato, per esempio, dal fatto che presso l'ospedale il ginecologo è presente durante il parto solo il 26,3% delle volte, un valore significativamente inferiore alla media regionale del 70,8% (Bassevi, Battaglia, Caranci *et al.*, 2015) e alla media nazionale del 90,35% (Ministero della Salute, 2012).

- *L'aumento della legittimità sociale del parto a domicilio.* Nonostante la letteratura basata sull'evidenza mostri che in Paesi ad alto reddito il parto non ospedaliero è sicuro come il parto in ospedale (se non addirittura più sicuro, in quanto gli interventi sono minori, l'assistenza è personalizzata e migliora l'*empowerment* delle donne), la maggior parte delle persone in Italia non dispone di informazioni su questo tema. Molte donne non conoscono la possibilità di scegliere il luogo e il modo in cui partorire, né tanto meno sono a conoscenza di opzioni gratuite (pubbliche) di assistenza alternativa all'ospedale. Al contrario, pensano che la struttura sanitaria sia l'unica e la migliore opzione. Questa ignoranza comporta il fatto che qualora si imbattano in modalità differenti di assistenza, come il parto a domicilio, lo considerino a priori pericoloso, non sicuro o antiquato. Secondo il 100% degli intervistati l'implementazione pubblica del servizio da parte del SSN contribuisce a far conoscere il servizio e a legittimarlo dal punto di vista sociale e culturale.

- *Miglioramento del profilo delle ostetriche.* Il Progetto *Parto a Domicilio* offre alle ostetriche l'opportunità di una formazione permanente sulla fisiologia della nascita. Il 100% delle ostetriche e dei dirigenti sanitari intervistati pensa che questo sia un punto-chiave. La formazione accademica è generalmente orientata all'approccio biomedico della gravidanza e del parto: dunque, a un'ottica patologica e a una pratica interventista. Le ostetriche hanno, dunque, bisogno di essere più in contatto con la nascita normale. È un bisogno sentito non solo dalle professioniste che già lavorano, ma anche dalle allieve ostetriche, che nei percorsi accademici non trovano possibilità di confrontarsi con un'assistenza non medicalizzata. Assistere alla nascita come terza ostetrica permette di apprendere e di aggiornarsi sul campo.
- *Il riconoscimento professionale del parto domiciliare.* Presso l'Arcispedale Santa Maria Nuova il riconoscimento tra i professionisti del parto a domicilio ha prodotto una sorta di incorporazione di questa visione e di questa pratica non solo a livello professionale (per l'intero reparto), ma anche a livello personale. Nel primo caso, si riscontra, come abbiamo visto, un rafforzamento dell'approccio fisiologico in tutti i professionisti coinvolti, *in primis* tra le ostetriche ospedaliere che non assistono a domicilio. Dal punto di vista personale è interessante rilevare che dall'inizio del progetto, il 60% delle ostetriche attive nell'Arcispedale ha partorito in casa con l'assistenza di una collega. Questo processo ha contribuito a rafforzare il rapporto tra le ostetriche e a legittimare il parto non ospedaliero all'interno dell'intero reparto di ostetricia.
- *La soddisfazione delle donne.* Il 100% delle donne intervistate ha un'opinione positiva del servizio ed è soddisfatta del percorso e del proprio parto. Secondo la loro esperienza i principali punti di forza della modalità assistenziale domiciliare sono: *a)* la continuità dell'assistenza; *b)* la possibilità di scegliere la propria ostetrica; *c)* la scelta del luogo e della posizione del parto; *d)* minore interventismo e invasività; *e)* il rispetto dei tempi fisiologici del parto e della nascita; *f)* l'assistenza nel periodo postnatale.

- *La gratuità del servizio.* Tutte le donne considerano il servizio gratuito un elemento importante nella loro esperienza personale. Il 50% delle donne intervistate afferma che avrebbe avuto delle difficoltà nel sostenere i costi di un'ostetrica privata.

Le criticità emerse sono invece le seguenti:

- *Scarsa promozione del servizio.* Il 100% degli intervistati (personale ostetrico, dirigenti e donne) concorda sul fatto che il servizio non venga pubblicizzato abbastanza. Nel portale web regionale il servizio è menzionato, così come in alcuni opuscoli istituzionali, ma tale informazione non risulta sufficiente. Il servizio è ancor meno pubblicizzato e conosciuto oltre i limiti regionali.
- *La scarsa visibilità e diffusione del progetto tra gli esperti e decisori politici.* I dirigenti dei servizi sanitari e i professionisti della salute intervistati citano solo alcune occasioni di diffusione/divulgazione dell'esperienza, sia a livello pubblico, che specialistico. La maggior parte degli eventi sono relativi a congressi ed eventi medici o accademici, dunque avvengono dentro circuiti di esperti e non sono aperti alla società. Non sono stati citati eventi di tipo politico come, per esempio, occasioni per discutere dell'esperienza su invito di altre regioni.
- *La mancanza di ricerche e dati sul progetto.* Nel corso degli anni, sia a Parma che a Reggio Emilia, non sono state realizzate ricerche approfondite sull'esperienza. Sono disponibili dati quantitativi, statistiche e materiali elaborati per la divulgazione e la presentazione del progetto in eventi specialistici e formativi, ma mancano riflessioni teorico-metodologiche sulla implementazione del servizio. Non sono state realizzate nemmeno ricerche qualitative, che possano rendere conto dell'esperienza dal punto di vista degli attori sociali (per esempio, dei professionisti della salute o delle donne/coppie che usufruiscono del servizio). Sarebbe inoltre auspicabile un'analisi dei costi-benefici del servizio rispetto alla nascita fisiologica in ospedale.
- *Scarso personale impiegato e mancanza di un ricambio generazionale.* Tutti i professionisti della salute intervistati ritengono che il servizio

necessità di maggiori risorse umane (più ostetriche). Questa esigenza emerge sia a Reggio Emilia, che a Parma. La relativa pubblicizzazione del servizio viene associata in certi casi anche alla mancanza di risorse umane impiegate, qualora le richieste dovessero aumentare. Si lamenta, inoltre, una mancanza di ricambio generazionale (strutturale e non legata necessariamente al progetto *Parto a Domicilio*), con un certo numero di ostetriche che mostra omogeneità dal punto di vista dell'età pensionabile.

- *Un piccolo numero di donne che utilizza il servizio.* Secondo i dirigenti sanitari e il personale ostetrico intervistato, il numero di donne che richiedono di usufruire del servizio è ancora esiguo a causa dei seguenti motivi: 1) la scarsa visibilità/pubblicizzazione data al progetto a livello istituzionale e mediatico, 2) i rigidi criteri di selezione per le donne incinte; 3) l'esiguo numero di ostetriche impiegate nel progetto.
- *Assistenza post-natale troppo breve.* Le donne intervistate, pur soddisfatte del servizio, hanno menzionato come elemento di criticità il periodo di tempo dedicato all'assistenza postnatale. Quale suggerimento per migliorare il servizio, le donne consigliano di predisporre un'assistenza maggiore (più di una settimana) durante il periodo del puerperio, soprattutto per sostenere l'allattamento.

A conclusione di questo capitolo, vorrei soffermarmi ancora sui seguenti aspetti, già in parte discussi: la continuità assistenziale e la visibilità data ai due progetti.

Come abbiamo visto, per quanto riguarda la modalità di assistenza, sia a Reggio Emilia che a Parma la gravidanza viene presa in carico da un'ostetrica del territorio (consultorio). A Parma la stessa ostetrica seguirà poi la donna durante il parto, garantendo una continuità totale durante il percorso. Nel caso però di un trasferimento in ospedale (l'ospedale di riferimento è l'Ospedale di Parma) le ostetriche del consultorio, pur potendo accompagnare la donna nella struttura, affidano la partorienta alle ostetriche ospedaliere. In questo caso, la continuità dell'assistenza viene interrotta.

La continuità dell'assistenza nel caso delle ostetriche ospedaliere dell'Arcispedale Santa Maria Nuova è altrettanto compromessa dal fatto che tali ostetriche prendono in carico la donna solo alla trentaduesima settimana mentre nelle settimane precedenti la donna è seguita dalle ostetriche del consultorio. Nel caso di un trasferimento in ospedale, però, al contrario di ciò che accade a Parma, a Reggio Emilia la continuità dell'assistenza è possibile, in quanto le ostetriche che appartengono al Progetto *Parto a Domicilio* lavorano anche in quell'ospedale. In caso di emergenza, ciò ovviamente rende l'assistenza più agevole, in quanto le ostetriche operano nel loro luogo abituale.

In nessuno dei due casi, dunque, la continuità dell'assistenza è totale. Nel caso delle ostetriche territoriali queste dovrebbero poter continuare ad assistere la donna anche durante un trasferimento ospedaliero (magari in collaborazione con le ostetriche ospedaliere); mentre in quello delle ostetriche ospedaliere, la donna dovrebbe essere presa in carico fin da subito da queste, senza il passaggio per il consultorio. In entrambi i casi si tratterebbe di ripensare la natura generale dei rapporti tra parto ospedaliero e non ospedaliero, anche in termini di maggior collaborazione tra professionisti e maggior impiego di risorse umane.

È importante comunque sottolineare che la continuità dell'assistenza sia nel caso di Parma che di Reggio Emilia è di gran lunga superiore a quella data normalmente in qualsiasi ospedale. Nella maggioranza dei casi, infatti, la donna che arriva in ospedale in travaglio non ha avuto contatto alcuno con i professionisti che l'accolgono e l'assistono. Questi ultimi sono coloro che si trovano di turno in quel momento, i quali, seppur dotati delle migliori capacità e intenzioni, non conoscono la storia di quella donna e di quella gravidanza (se non per quanto appare nella cartella clinica). Nel caso più fortunato, vi può essere una conoscenza pregressa di qualche ostetrica o qualche altro professionista; per esempio, se vi sono state delle visite o dei ricoveri ospedalieri o se la donna ha frequentato un corso di accompagnamento al parto organizzato dall'ospedale, ciò però non garantisce alcuna continuità assistenziale. Si trat-

ta di un aspetto ancora irrisolto dell'assistenza al parto ospedaliero in Italia, nonostante le evidenze scientifiche dimostrino l'efficacia di un'assistenza di questo tipo per il buon esito del parto (Sandall, 2014).

L'ultimo aspetto che vorrei prendere in considerazione è il tema della scarsa visibilità del servizio e del numero esiguo di ostetriche che se ne occupano. Si tratta di due aspetti interdipendenti: se si desiderasse ampliare l'offerta di parto a domicilio attraverso il maggiore accesso (conoscitivo, in questo caso) delle donne, dovrebbe anche aumentare il numero di ostetriche che si dedicano all'assistenza in casa.

È importante rilevare che tutte le persone coinvolte nel progetto (dai dirigenti, al personale ostetrico, alle donne) considerano il servizio positivo. Lo ritengono un valore aggiunto rispetto all'assistenza in ospedale, una possibilità di scelta maggiore per le donne e per le coppie, un modello che può retroalimentare la stessa pratica ospedaliera (in vista di un contenimento della medicalizzazione) e uno strumento di formazione continua (diretta e indiretta) del personale ostetrico, medico e infermieristico.

Tuttavia, l'ambiente politico potrebbe dedicare maggiore attenzione a questo servizio. Nonostante in questi anni l'erogazione sia stata mantenuta e ciò sia indice di una certa sensibilità nei confronti di un'offerta peculiare (per la tipologia e il numero di persone che ne usufruiscono), è pur vero che ulteriori investimenti nel progetto (per esempio in personale impiegato) lo renderebbero più sostenibile nel medio e lungo periodo.

Gli operatori sanitari sottolineano, a più riprese, lo sforzo richiesto loro per rispettare le aspettative delle donne e quelle dell'Istituzione. D'altra parte, si rendono conto che «da paura dei grandi numeri» è vigente e per certi aspetti giustificata a livello politico; per questo associano tale aspetto alla scarsa visibilità data al servizio. Potremmo concludere che, per ora, il servizio in questa regione «sopravvive», come hanno affermato alcuni intervistati. Per «vivere» dovrebbe ricevere maggiore sostegno e visibilità sociale, sia a livello locale, che a livello nazionale.

In Italia, l'interesse per modalità assistenziali meno medicalizzate e interventiste è in aumento. Sempre più donne si sentono a disagio quando, durante il percorso nascita, vengono trattate come se fossero delle ammalate. Anche le richieste di parto non ospedaliero sono in aumento, come abbiamo visto. Così come la mobilitazione civile per richiedere il rimborso economico del costo del parto effettuato in regime privato, nelle regioni che ancora non hanno legiferato in materia. Numerose sono le petizioni in questo senso, sostenute da associazioni e organizzazioni civili, sia con modalità tradizionali (raccolta firme), sia online.

La percezione condivisa da tutti i miei interlocutori che l'esperienza di parto domiciliare implementata in Emilia Romagna – qualora adeguatamente pubblicizzata – condurrebbe all'aumento delle richieste da parte delle donne, credo sia corretta. La riproducibilità in altre regioni potrebbe ampliare la domanda anche a livello nazionale. Ciò non porterebbe soltanto a dati quantitativi differenti rispetto a quelli attuali ma significherebbe avviare un processo di riflessione critica sulla qualità delle politiche e delle pratiche in materia di parto nel nostro Paese, partendo dall'alto grado di soddisfazione delle donne che partoriscono in casa.

La convinzione dei dirigenti sanitari e dei professionisti della salute intervistati che il modello assistenziale del parto domiciliare possa contribuire a ridefinire (o almeno a mettere in discussione) alcune pratiche ospedaliere non appropriate e la visione patologizzante nel suo complesso mi sembra importante di per sé, a prescindere dai numeri e dai risultati delle singole esperienze. Come abbiamo visto, il reparto di ostetricia dell'Arcispedale Santa Maria Nuova ha mostrato di essere un laboratorio interessante in questo senso. Sarebbe importante continuare a monitorare l'esperienza nel medio e lungo periodo e diffonderla nei luoghi di dibattito pubblico e specialistico su questi temi. Riproducibilità significherebbe, poi, anche nuove prospettive nella ridistribuzione delle risorse e dei poteri: dal riconoscimento reale dell'autonomia ostetrica nell'ambito della fisiologia al riconoscimento dei saperi e del ruolo della donna; un processo di cer-

to non facile, che prevede la ridefinizione, spesso non gradita, di status ormai acquisiti.

Non sottovaluterei nemmeno la dimensione internazionale. Nelle occasioni in cui ho potuto presentare o condividere il mio lavoro in alcuni Paesi europei e latinoamericani, l'esperienza emiliana di implementazione pubblica del servizio di parto domiciliare ha suscitato sempre molto interesse. L'Italia, che si presenta come un Paese che ha legiferato in 11 regioni su 20 su questo tema, offrendo alle donne la possibilità di coprire parte dei costi dell'assistenza privata e pregiandosi, inoltre, di esperienze pubbliche di erogazione del servizio, è un caso interessante per l'osservatore esterno. Lo è ancora di più in questo momento, in cui nuovi strumenti concettuali si stanno affermando nel dibattito europeo e internazionale: mi riferisco, in particolare, alla definizione di «violenza ostetrica» e alla prospettiva dei diritti umani applicata al parto e alla nascita, cui ho accennato in apertura di questo volume.

Non dimentichiamo, infatti, che permettere alle donne di partorire e ai bambini di nascere nel rispetto dei loro bisogni è uno dei cardini delle direttive internazionali e nazionali sul parto e la nascita. Rappresenta pertanto il riconoscimento di un diritto di scelta, in merito alle circostanze del proprio parto, che le donne hanno ormai acquisito e che devono poter esercitare.



Figura 11. Arcispedale Santa Maria Nuova (foto dell'autrice, Reggio Emilia, ottobre 2013).



Figura 12. Il Consultorio di Parma: promozione del parto a domicilio (foto dell'autrice, Reggio Emilia, ottobre 2013).

LE NOSTRE ATTIVITÀ

PERCORSO NASCITA

Gravidanza

- Accostamento alla gravidanza legata dalle donne e ai medici specialisti
- Esercizi
- Carmicicconi legati
- Incontri e corsi di accompagnamento alla nascita
- Incontri individuali

Parto

- Assistenza al parto a domicilio

Puerperia

- Visite domiciliari e ambulatoriali
- Catodolisi e sostegno all'allattamento materno

CONTRACCIZIONE

- Catodolisi (fontanelle), consulenza, visite periodiche per metodi intrinseci, incoercibili, di Barthelemy e Naturali

DIAGNOSI PRECOCE CARCINOMA COLLO DELL'UTERO

- Screening con frottina di cervix (25-44 anni) e PAP-TEST su richiesta
- Colposcopia

INTERUZIONE VOLONTARIA IN GRAVIDANZA

- Informazioni, consulenza, visita, certificazione
- Sostegno alle scelte dimissionarie

GINECOLOGIA

- Visite ginecologiche
- Ecografia transvaginale
- Sostegno psicopat.

MENOPAUSA

- Consulenza, visite
- Incontri informativi

PSICOLOGIA

- Consulenza ai familiari, alle coppie e alle famiglie
- Psicoterapia ai singoli, alle coppie e alle famiglie

MORALITÀ D'ACCESSO AI SERVIZI:

- Prontissimo martedì e telefonico presso le sedi dei Consultori
- Totale assenza di barriere fisiche



I CONSULTORI FAMILIARI DELL'AZIENDA USL DI PARMA

ATTIVITÀ, SEDE E NUMERI DI TELEFONO



SEDI

DISTRETTO DI PARMA

CONSULTORIO NELLA CASA DELLA SALUTE PARMA CENTRO
Largo Nicola Pelli, 1 - Parma - Tel. 0521.914407

CONSULTORIO LUBIANA
Via Leonardo da Vinci 107b - Fiume - Tel. 0521.314029

CONSULTORIO DI COLOMBO
Via San Maria, 3 - Colonna - Tel. 0521.814705

CONSULTORIO DI SORBOLO
Via Don Dalmazzo, 2 - Sorbolo - Tel. 0521.319370

SPAZI DEDICATI

SPAZIO DONNE
Via Feltrina, 116 - Parma - Tel. 0521.263224 - Consulenza per donne (1621 anni) dal Lunedì al venerdì 09.00-13.00 e 14.30-17.00 (orari ufficio a pranzo)

SPAZIO DONNE MADRI E FIGLI
Via Leonardo da Vinci, 335 - Parma - Tel. 0521.319328 - tutti i mercoledì dalle 14.30 alle 17.00 (orari ufficio a pranzo e presso il consultorio di Sorbolo)

CENTRO SCARLETT VASARI
Servizio dedicato esclusivamente alle diagnosi precoci del Carcinoma al collo dell'utero (1621 e 1622 anni) - Via Verdi, 135a - Parma - Tel. 0521.914332

DISTRETTO DI FIORENZA

CONSULTORIO DI BUSSETO
Via Reggiana, 13 - Busseto - Tel. 0524.933874

CONSULTORIO DI FIBENZA OSPEDALE DI VIAO CORPO "G"
Via Don Tiziani, 9 - Fidenza - Tel. 0524.015444.8

CONSULTORIO DI FONTANELLO
Via XXV Maggio, 104 - Fontanelle - Tel. 0521.217704.02

CONSULTORIO DI NOCETO
Via Carlo Alberto Della Chiesa, 30 - Noceto - Tel. 0521.667402

CONSULTORIO DI TAL SOMAGGIORE
Via Roma, 9 - Sommaggiore - Tel. 0524.581914

CONSULTORIO DI SAN SECONDO
Piazza Martiri della Libertà, 24 - San Secondo - Tel. 0521.217708

SEDI

DISTRETTO LUGO-EST

CONSULTORIO DI COLLECCHIO
Via Bolognese, 2 - Collecchio - Tel. 0521.307020

CONSULTORIO DI FELINO
Via Petrucci, 11 - Felino - Tel. 0521.832009

CONSULTORIO DI LANGHIRANO
Via Roma, 427 - Langhirano - Tel. 0521.865125

CONSULTORIO DI TRAVERSETOLO
Via F. Testi, 23 - Traversetolo - Tel. 0521.844706

ALTRI CONSULTORI

CALESTANO (gli operatori sono presenti una volta al mese presso appuntamento presso il Consultorio di Caluso); **MEVIANO DELL'ARZUNO**; **CORNIGLIANO VAL PARMA**; **MEVIANO DELLE CORTI E PELLICANI** (gli operatori sono presenti una volta al mese presso appuntamento presso il Consultorio di Castelfranco); **POGGIOLETTI TERME** (gli operatori sono presenti una volta al mese presso appuntamento presso il Consultorio di Toppo).

DISTRETTO VALLI TARDI E CENO

CONSULTORIO DI BARDI
Via Anzalone, 30a, 11 - Bardi - Tel. 0525.71291

CONSULTORIO DI BEDONIA
Piazza Caduti per la Patria, 1 - Bedonia - Tel. 0525.916443

CONSULTORIO DI BORGOTARO
Via Benettoni, 12 - Borgotaro - Tel. 0525.419338

CONSULTORIO DI FORNOVO
Via Sallustiana, 37 - Fornoovo - Tel. 0525.200007

CONSULTORIO DI MEDESANO
Piazza Pastorelli, 7 - Medesano - Tel. 0525.200421

ALTRI CONSULTORI

REGGIO E POSE (gli operatori sono presenti una volta al mese presso appuntamento presso il Consultorio di Reggiolo); **FELLEDONO PARMESE** (gli operatori sono presenti una volta al mese presso appuntamento presso il Consultorio di Parma).

Info: www.usl.p.r.it

Figura 13. Foglietto illustrativo Consultori di Parma: promozione del parto a domicilio.

Note

¹ Il modello organizzativo delle alte specialità fa riferimento alla modalità di produzione e distribuzione dell'assistenza ospedaliera secondo il principio delle reti cliniche integrate (modello *hub & spoke*: letteralmente: mozzo e raggi) che prevede la concentrazione della casistica più complessa o che necessita di più complessi sistemi produttivi, in un numero limitato di centri, detti *hub*. L'attività degli *hub* è fortemente integrata, attraverso connessioni funzionali, con quella dei centri ospedalieri periferici, detti *spoke* (www.saluter.it/ssr/aree/assistenza-ospedaliera/le-reti-hub-spoke-1).

² Il rapporto evidenzia che in ventisei casi vi sono alcune incoerenze con rispetto alla compilazione di altre variabili (es.: Azienda, Presidio di evento, riferimento alla SDO-Scheda di Dimissione Ospedaliera materna, modalità di travaglio e parto).

³ ostetrichelibereprofessioniste.blogspot.com.

⁴ Come già menzionato, circa un 25-27% delle donne è colonizzato da streptococco B a livello vaginale e/o rettale. Tale batterio normalmente non provoca alcun disturbo alla donna. Durante la discesa nel canale del parto, il neonato può ricevere il microorganismo dalla madre. Nell'1-2% dei casi ciò può portare a infezione conclamata (per esempio una sepsi neonatale), più o meno grave. Il protocollo ospedaliero sottopone la madre a profilassi antibiotica durante il parto.

⁵ www.aUSL.re.it.

⁶ www.aUSL.pr.it.

⁷ L'Associazione Futura è un'associazione di volontariato che riunisce mamme e operatori sanitari (<https://www.facebook.com/ASSOCIAZIONE-FUTURA-Parma>).

⁸ Il tema è stato oggetto di riflessione in un articolo pubblicato nel 2014 nella rivista canadese «Canadian Journal of Midwifery. Research and Practice» (Quattrocchi, 2014).

Comparando modelli di nascita

La Spagna e il *parto respetado*

In questo capitolo, intendo presentare brevemente alcuni dati raccolti durante il mio lavoro sul campo in Spagna e nei Paesi Bassi. L'obiettivo è di delineare alcuni processi in atto in quei Paesi e, al contempo, offrire degli elementi di comparazione con il caso italiano.

In fase di progettazione la scelta dei due Paesi in cui condurre le mie ricerche è avvenuta per motivi opposti, quasi agli estremi di un continuum di pratiche e politiche possibili: la Spagna, in cui il parto a domicilio non è ancora stato oggetto di riflessione politica e i Paesi Bassi, dove storicamente il parto non ospedaliero ha goduto di maggiore praticabilità assistenziale e riconoscimento collettivo.

La situazione sociodemografica spagnola è simile a quella italiana, in particolare per quanto riguarda il numero di figli e l'età media delle madri. In Spagna, nel 2012 sono nati 453.637 bambini, il 3,9% in meno rispetto all'anno precedente. Dal 2008 il numero di nascite è in decrescita, con un tasso crudo di natalità¹ che dal 12,8 del 2011 diventa del 9,7 nel 2012. Anche il tasso di fecondità è in decrescita: le donne spagnole partoriscono un numero di figli per donna di 1,28 (contro l'1,29 del 2011); le donne straniere un numero di figli pari a 1,54 contro l'1,58 del 2011. Per quanto riguarda l'età media, per le spagnole è di 32,1 mentre per le straniere è di 28,9. Il tasso di mortalità neonatale è di 2,15; quello di mortalità infantile è di 3,13 (INE, 2013).

Anche rispetto alle modalità di assistenza, vi sono delle similitudini tra i due Paesi. Come in Italia, anche in Spagna la medicalizzazione del parto è elevata e il ruolo marginale della donna nel-

le scelte che riguardano il proprio corpo è stato spesso sottolineato (Fernandez Del Castillo, 1994; Fuentes, 2001; Montes-Muñoz, 2007; Rodrigáñez Bustos, 2007; Montes-Muñoz, Antonia Martorell-Poveda, Conti-Cañada *et al.*, 2009; Blásquez Rodríguez, 2010; Esteban, Comelles, Diez-Mintegui, 2010). Da più di un decennio diversi organismi professionali e della società civile, tra cui El Partido es Nuestro, Plataforma pro Derechos del Nacimiento, Vía Láctea», La Liga de la Leche», «Federación de Asociaciones de Matronas de España, Asociación Española de Matronas e Asociación “Nacer en casa” si mostrano attivi nel fomentare un dibattito pubblico sul tema e nel coinvolgere un numero sempre maggiore di donne e di cittadini nella discussione. Al loro lavoro si affianca quello di singoli individui o di istituzioni, come l’Observatorio de Salud de las Mujeres, nato nel 2005.

In realtà l’interesse nei confronti dell’umanizzazione del parto e nel ridare alle donne il potere di decidere sul processo riproduttivo risale agli anni Ottanta e penetra nel Paese attraverso le istanze femministe. Si diffondono in quel periodo anche le esperienze di Paesi europei (per esempio Francia e Paesi Bassi) che stanno implementando modalità di assistenza al parto non medicalizzate. Tale processo ha portato negli anni alla costituzione di una vasta rete di gruppi, reti, organismi no profit, cooperative e associazioni che si occupano di parto e nascita e che caratterizzano il contesto spagnolo anche nell’attualità. Il fervore delle professioniste e dei professionisti della salute, delle madri, dei padri, dei gruppi e dei movimenti sociali che ho incontrato in Spagna durante il mio percorso di ricerca è un elemento non presente con altrettanta forza nel contesto italiano.

Dal punto di vista politico, anche in Spagna come in Italia, i piani nazionali e le linee guida locali mostrano di aver recepito le direttive dell’OMS sulla necessità di contenere l’eccesso di medicalizzazione che negli ultimi decenni ha interessato il parto e la nascita. Lo strumento principale di cui si è dotato il Paese per fomentare un approccio fisiologico alla nascita è il documento *Estrategia del Atención al Parto Normal en el Sistema Nacional de Salud*, emanato

nel 2007 dal Ministero della Salute (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007). Tale strategia, che si situa nel *Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud*, indica quattro linee di azione per promuovere una diversa attitudine all'assistenza al parto: la presa in considerazione delle Dichiarazioni OMS del 1985; la partecipazione delle donne nei momenti decisionali; la formazione di professionisti medici e infermieri per implementare la strategia stessa e la ricerca e le buone pratiche per assistere il parto normale. Si includono, inoltre, tre parametri di equità: la diversità (sensoriale, psichica o fisica), la multiculturalità e la prospettiva di genere.

Il documento rappresenta un punto di partenza importante per restituire alla nascita il suo statuto di evento fisiologico e per riconoscere alle donne il diritto di esprimersi e di scegliere in merito al proprio parto². Come parte della strategia sono state pubblicate delle guide utili all'implementazione delle nuove direttive e alla formazione del personale sanitario: la *Guía de Práctica Clínica sobre Atención al Parto Normal* (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2010a); *Cuidados desde el nacimiento. Recomendaciones basadas en pruebas y buenas prácticas* (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2010b), il *Plan de parto y nacimiento* (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2010c); *Maternidad hospitalaria. Estándares y recomendaciones. La asistencia al parto de mujeres sanas* (Ministerio de Sanidad y Política Social 2010d) e *Calidad en la asistencia profesional al nacimiento y la lactancia* (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2010e). Sono stati inoltre organizzati negli anni diversi momenti di confronto, sensibilizzazione e formazione con il personale sanitario.

Ciò nonostante, il *parto respetado o humanizado* – come viene denominato tale approccio in lingua spagnola – risulta essere ancora poco praticato nella maggioranza delle strutture del Paese, sia pubbliche che private. È quanto emerge dall'interessante *Informe sobre el Parto y Nacimiento en el Sistema Nacional de Salud 2012* (Ministerio de Sanidad, Igualdad y Servicios Sociales, 2013), che costituisce il primo documento di valutazione di ciò che è accaduto dall'emanazione della *Estrategia* del 2007. Il rapporto prende in considerazione diversi aspetti: da una parte l'adeguamento dei proto-

colli delle singole strutture sanitarie alle direttive; dall'altra, le pratiche ospedaliere effettivamente adottate durante l'assistenza in duecentoventisei ospedali del Paese e 381.705 parti. I dati che emergono non sono troppo confortanti: delle strutture prese in considerazione, solo il 15,5% presenta un protocollo che adempie completamente alle direttive della *Estrategia*; la maggioranza dei protocolli ne contempla, invece, solo alcune. Rispetto alle pratiche adottate, si conferma l'eccesso di medicalizzazione e l'approccio interventista: nel 53,3% dei parti si utilizza ossitocina per accelerare il travaglio (standard previsto dall'OMS dal 5 al 10%), il 19,4% dei parti è indotto (standard OMS meno del 10%), la rottura delle membrane avviene nel 46,6% dei casi, la posizione litotomica viene adottata nell'87,4% dei casi, la manovra di Kristeller continua ad essere effettuata nel 26,1% dei casi, l'episiotomia si effettua nel 41,9% dei parti (standard raccomandabile minore al 15%), l'analgesia epidurale avviene nel 72,2% dei casi. Nel 21,4% dei casi si interviene con ossitocina per l'espulsione della placenta.

Per quanto riguarda la tipologia del parto, il 19,5% dei parti sono operativi, di cui il 10,2% con ventosa, il 6,1% con forcipe e 3,2% con spatola. Il taglio cesareo si effettua nel 22,02% dei casi (sette punti in più dello standard fissato dall'OMS), una percentuale abbastanza stabile nel corso dell'ultimo decennio. Come accade in Italia, anche in Spagna le percentuali di taglio cesareo variano "inspiegabilmente" secondo le regioni: per esempio, si riscontra un 27,7% in Estremadura e un 12,6% nei Paesi Baschi. Ciò dimostra, ancora una volta, come il fattore clinico sia solo uno degli elementi in campo nell'elezione di un parto chirurgico.

Nel settore privato la medicalizzazione è ancora maggiore: il tasso di cesareo è superiore del 50% a quello presente nella sanità pubblica e in alcune cliniche private il parto indotto supera il 40% dei parti.

Rispetto al luogo del parto, la maggioranza delle nascite avviene in ospedali pubblici (75%). Le donne vi giungono dopo un percorso presso il centro di salute (*APS-Atención Primaria de la Salud*)³, in cui sono seguite dall'ostetrica oppure provengono da un cen-

tro specialistico, dove sono state prese in carico dal ginecologo pubblico (più frequentemente) o privato. Circa il 6% dei parti avviene in strutture private convenzionate con il sistema sanitario nazionale e il rimanente 20% in strutture private. Il ricorso al ginecologo anche per gravidanze fisiologiche è piuttosto comune, come accade nel nostro Paese (INE, 2013). Esistono però sporadiche esperienze in controtendenza. Nel 2014, per esempio, l'Hospital di Manises (Valencia) ha inaugurato la prima casa del parto integrata nella rete pubblica di ospedali.

Rispetto agli ordini professionali, circa il 75% delle ostetriche spagnole afferiscono alla FAME-Federación de Asociaciones de Matronas de España, organismo che ha definito le competenze professionali nella *Declaración de la Federación de Asociaciones de Matronas de España* (FAME, 2005). Si registra anche in Spagna una tendenza alla gerarchizzazione professionale, in cui l'ostetrica riveste un ruolo subordinato rispetto ai medici ginecologi.

Il parto a domicilio e in casa maternità in Spagna

Il parto a domicilio e in casa maternità interessa in Spagna meno dell'1% delle donne (Emons, Luiten, 2001). Mancando nel Paese un registro nazionale che includa i parti non ospedalieri pianificati, i dati disponibili rappresentano delle stime elaborate da singole associazioni o enti. L'Osservatorio del Parto en Casa en España fornisce, per esempio, i dati relativi al 2010. In quell'anno si stima che nel Paese la percentuale di parti domiciliari sia stata dello 0,17% del totale dei parti. Come numero assoluto, secondo tale stima, i parti in casa sono stati tra 588 e 1066 (Educser, 2012). Le regioni maggiormente interessate sono la Catalogna (in particolare la città di Barcellona), la capitale Madrid, l'Andalusia e la Comunità Autonoma di Valencia (in particolare Valencia), le Isole Baleari e i Paesi Baschi. Per quanto riguarda la tipologia di assistenza, le donne o le coppie intenzionate a partorire a domicilio devono rivolgersi a una professionista privata. In Spagna il parto do-

miciliare non è stato ancora oggetto di riflessione politica. Non vi è dunque alcun riconoscimento pubblico, né di tipo economico né di tipo legislativo. Il vuoto legislativo permette di agire nella piena legalità scegliendo il proprio domicilio, che risulta essere un domicilio come un altro. Non è riconosciuta legalmente neanche la struttura casa maternità. La donna che decide di non partorire in ospedale sceglie semplicemente il domicilio che ritiene consono, che può essere il suo o quello di altri. La casa maternità in Spagna si presenta, pertanto, dal punto di vista legale, come una casa privata in cui ha sede un gruppo di professioniste riunite per perseguire i loro scopi, secondo una forma giuridica prevista dalla legge (per esempio, una associazione o una cooperativa).

La maggioranza delle ostetriche libere professioniste spagnole appartiene all'Associazione *Nacer en Casa*⁴, che conta una quarantina di ostetriche (Gavarrò Rita y Taboada Leonor, 2008). L'Associazione è nata nel 1988 con il fine di riunire i professionisti e le professioniste già attivi nel parto domiciliare. Da allora, l'Associazione è protagonista dei maggiori processi che interessano la Spagna a questo riguardo, per esempio, l'organizzazione dei primi due Congressi Internazionali sul Parto e la Nascita a Casa, tenutisi rispettivamente a Jerez de la Frontera nel 2000 e a Manresa (Barcellona) nel 2003. Dal 2007 l'Associazione promuove anche la *Escuela Libre De Salud Holística Y Materno Infantil Consuelo Ruiz* che si pone come obiettivo la formazione e l'aggiornamento del personale sanitario a partire da un approccio integrale e naturale alla salute e alla nascita. Nel 2013 l'Associazione ha compiuto 25 anni di lavoro, compleanno festeggiato con una due giorni di confronto tra esperienze nazionali e internazionali presso la Casa de Campo di Madrid: un evento interessante al quale – come ho già detto – ho potuto partecipare come osservatrice.

Tra i gruppi e le associazioni storicamente attivi nell'assistenza domiciliare vi sono il Grupo Acuario di Valencia, Titània Tasco di Barcellona, il Grupo Génesis di Madrid, En la Decima Luna (Madrid) e Deu-Llunes nelle Baleari. Altri soggetti che promuovono un modello di assistenza non medicalizzata sono la Plataforma de Derechos del Nacimiento, Donallu e El Parto es Nuestro.

Per quanto riguarda l'assistenza non ospedaliera, un documento fondamentale è stato stilato nel 2010: si tratta della *Guía de Asistencia del Parto en Casa* (Collegi Oficial de Enfermeria de Barcelona, 2010), in cui vengono fornite indicazioni in merito alle modalità assistenziali durante la gravidanza, il parto e il postparto, i criteri di selezione della donna e altre prescrizioni relative all'attività in libera professione.

Oltre al parto domiciliare, come abbiamo detto, le donne possono rivolgersi a una casa maternità. Le case maternità presenti in Spagna sono la Casa de Naiximents Migjorn a Sant Vicenç de Castellet e la Aura Naximient a Igualada, entrambe in Catalogna. Progetti di apertura di ulteriori case maternità sono stati elaborati nel corso degli anni (per esempio, nelle Asturie e in Andalusia), però non hanno ancora trovato compimento.

La Casa de Naiximents Migjorn è stata oggetto di studio durante il mio lavoro di campo nel 2013. Si presenta come «un lugar que ofrece espacio y tiempo»⁵, un binomio che la situa in continuità con gli obiettivi e le prospettive delle case maternità italiane. Casa Migjorn nasce nel 2001 con la seguente finalità:

ofrecer a las mujeres y parejas el protagonismo de su parto, compartir con ellos todos los aspectos que giran en torno al parto y al nacimiento como un aspecto más de la vida, reconociendo la necesidad de la intervención hospitalaria siempre y cuando la situación lo requiera, pero evitando toda intervención que no sea necesaria (Casa de Naixements Migjorn, 2010b: 1).

Vi lavorano quattro ostetriche, una *doula*, una ginecologa che coordina la struttura e si definisce «doctora de formación pero comadróna de experiencia»⁶ e due persone che si occupano dell'amministrazione.

I servizi offerti sono l'assistenza prenatale, l'accompagnamento al parto e alla nascita e l'assistenza alla madre e al neonato nella prima settimana dopo il parto. Come le analoghe strutture italiane, la casa è anche un luogo sociale, in cui periodicamente vengono organizzati incontri ed eventi informativi e formativi anche con il supporto di esperti esterni.

Dal punto di vista degli spazi disponibili, la struttura conta un salone multiuso, una sala per le visite attrezzata con lettino ginecologico e una sala per la ginnastica, gli incontri e il lavoro corporeo. L'area adibita al travaglio e al parto è costituita da due stanze arredate in maniera familiare, ognuna con un bagno proprio e con una vasca. Diversi oggetti (sedia olandese, corda, palla per il parto) sono a disposizione della donna e delle ostetriche.

La selezione delle donne è simile a quella effettuata dalle ostetriche italiane: i criteri di inclusione prevedono una gravidanza in salute, la presentazione cefalica, il travaglio spontaneo e in generale fattori che rientrino nella fisiologicità del processo.

Presso la casa maternità partoriscono donne che provengono da varie regioni della Spagna e anche donne straniere che risiedono nel Paese. Nel periodo 2001-2007 sono stati assistiti nella casa 447 parti. Nel 2007, la media mensile è stata di 9 parti, un dato piuttosto costante anche negli anni successivi (Collegi Oficial de Infermeria de Barcelona, 2010). Come avviene per le ostetriche che operano nelle case maternità italiane, le ostetriche della casa sono disponibili anche ad assistere la donna a domicilio. Per quanto riguarda l'integrazione con altri servizi, la struttura si trova a dieci minuti circa dall'Ospedale di Manresa, punto di riferimento sanitario con il quale le ostetriche hanno cercato di instaurare un rapporto di collaborazione nel corso degli anni.

Un compendio di dieci anni di lavoro della struttura, con preziose e coinvolgenti testimonianze di donne che vi hanno partorito e di ostetriche che vi hanno lavorato è stato pubblicato nel 2010 con il titolo *Parir, Néixer i Creïxer* (Migjorn Casa de Naixements, 2010a).



Figura 14. Casa de Naixements Migjorn (foto dell'autrice, Sant Vicenç de Castellet, luglio 2012).



Figura 15. Casa de Naixements Migjorn (foto dell'autrice, Sant Vicenç de Castellet, luglio 2012).



Figura 16. Casa de Naixements Migjorn: il salone (foto dell'autrice, Sant Vicenç de Castellet, luglio 2012).



Figura 17. Casa de Naixements Migjorn: la sala delle consulte (foto dell'autrice, Sant Vicenç de Castellet, luglio 2012).



Figura 18. Casa de Naixements Migjorn: la camera (foto dell'autrice, Sant Vicenç de Castellet, luglio 2012).



Figura 19. Casa de Naixements Migjorn: gli strumenti a disposizione (foto dell'autrice, Sant Vicenç de Castellet, luglio 2012).



Figura 20. Casa de Naixements Migjorn: gli strumenti a disposizione (foto dell'autrice, Sant Vicenç de Castellet, luglio 2012).



Figura 21. Casa de Naixements Migjorn: seminario con l'autrice (foto dell'autrice, Sant Vicenç de Castellet, luglio 2012).



Figura 24. Evento *25 años de la Asociación "Nacer en casa"* (foto dell'autrice, Madrid, maggio 2013).

I Paesi Bassi: ancora un modello per la midwifery europea?

Nei Paesi Bassi il servizio di assistenza al parto è molto diverso da quello italiano. Si tratta non solo di un sistema sanitario che opera in modo differente ma di una visione del processo, dell'ostetricia e dei compiti dei singoli professionisti che partono da assunti totalmente diversi. Nel modello assistenziale olandese vi sono due caratteristiche importanti che lo qualificano nella sua specificità a livello europeo e internazionale: l'approccio fisiologico alla gravidanza e al parto e l'autonomia delle ostetriche nell'accompagnamento di questi eventi. Si tratta di due aspetti relazionati, dovuti allo sviluppo storico del sistema sanitario nazionale e dell'arte ostetrica (Guana, Lucchini, 1996). I ginecologi non sono esclusi dal processo assistenziale, ma entrano in campo solo quando vi è una patologia o una gravidanza a rischio: quando cioè l'ostetrica di riferimento individua una situazione potenzialmente problematica e quando, di conseguenza, risultano necessari una visi-

ta medica o un ricovero ospedaliero. Se la gravidanza prosegue normalmente (donne “a basso rischio” secondo il protocollo di Kloosterman)⁷, il medico non è attore coinvolto. L’assistenza in gravidanza, durante il parto e nel postparto è parte delle competenze ostetriche, con il supporto – se necessario – del medico di base. Anche le donne definite “a medio rischio” sono seguite prevalentemente dall’ostetrica, ma sono sottoposte in una certa epoca gestazionale a un controllo medico-ostetrico; sarà poi l’ostetrica a decidere se continuare a prendersi cura di loro o delegarle alle cure mediche. Le donne “ad alto rischio” sono seguite da un medico-ostetrico.

Solo per quest’ultima tipologia di donne è indicato il parto ospedaliero, mentre in alcuni casi è previsto per le donne a medio rischio. Le donne con gravidanza fisiologica invece possono scegliere se partorire in una Maternity Home Care Assistant (una struttura day-hospital), a domicilio o in una casa maternità. In ogni caso, qualsiasi delle opzioni la donna scelga, l’assistenza sarà di competenza dell’ostetrica che ha seguito la sua gravidanza fino a quel momento: la continuità assistenziale è garantita. L’assistenza in day-hospital prevede la collaborazione tra ostetrica e infermiera pediatrica, senza la presenza di un medico. Solitamente la donna lascia l’ospedale un paio d’ore dopo il parto.

Per quanto riguarda il parto a domicilio, nei Paesi Bassi tale modalità assistenziale non è “affare di nicchia”, come accade nel nostro Paese. È un’opzione reale, legalmente, politicamente, economicamente e socialmente sostenuta e interessa circa un terzo delle donne che vivono nel Paese (Euro-Peristat, 2010).

Durante la gravidanza fisiologica, l’assistenza ostetrica prevede in media una visita al mese, effettuata presso lo studio della professionista. Ci sono 518 studi ostetrici nei Paesi Bassi, ben diffusi sul territorio (Netherlands Institute for Health Services Research, 2014). In queste strutture le ostetriche, solitamente, lavorano in gruppo e offrono il proprio servizio in regime privato. Saranno poi rimborsate dalle assicurazioni stipulate dalle loro assistite⁸. La maggioranza delle ostetriche olandesi lavora infatti in libera professione,

mentre solo il 29.3% delle ostetriche attive lavora in ospedale con la supervisione di un medico (De Geus, Cadée, 2015).

Intorno alla trentacinquesima settimana avviene, di solito, anche una visita domiciliare, utile per situare la donna dentro il suo contesto abitativo e sociale. Per le donne in salute, l'assicurazione prevede due ecografie, una nel primo trimestre e la seconda, che corrisponde alla nostra morfologica, alla ventesima settimana. Se vi è un'indicazione medica le ecografie possono essere di più. Eventuali esami diagnostici (per esempio, il test combinato per diagnosticare anomalie congenite) sono a pagamento della donna, e rimborsati eventualmente dalle compagnie assicurative. Nel caso di un esame diagnostico con risultato positivo (medio o alto rischio), ulteriori esami non invasivi o invasivi, come la amniocentesi o la villocentesi, sono previsti gratuitamente.

Dopo la nascita (in qualunque luogo avvenga) è prevista una visita giornaliera da parte dell'ostetrica per sette o otto giorni. Di solito è presente anche un'assistente alla nascita (*kraamverzorgster* in lingua olandese) che aiuta l'ostetrica e la donna nel sostegno alla puerpera, nel disbrigo delle faccende domestiche o nella cura di altri figli. La presenza dell'assistente è giornaliera e il numero di ore (diurne e/o notturne) è concordato con la donna.

L'autonomia ostetrica durante il processo gravidanza-parto-puerperio è il frutto di un percorso formativo, legislativo ma anche socioculturale, avviato da lungo tempo nel Paese. Non solo le ostetriche sono preparate per agire nella fisiologia senza essere considerate (o sentirsi) "ancelle" del medico (come a volte accade nel nostro Paese), ma la società tutta e le donne *in primis* riconoscono il loro ruolo. In altre parole, nei Paesi Bassi quando si rimane incinte è "normale" rivolgersi a un'ostetrica e non a un ginecologo. Il loro numero, del resto, è di gran lunga superiore a quello dei medici ginecologi: nel 2015 risultano attive nel Paese 2980 professioniste, di cui, come già detto, meno del 30% lavora in ospedale. I ginecologi-ostetrici attivi sono invece 775 (De Geus, Cadée, 2015).

Un sistema assistenziale di questo tipo prevede ovviamente campi di azione più ampi per le ostetriche, rispetto a quelli a cui sia-

mo abituati in Italia. Le ostetriche olandesi si formano nelle Università dopo un percorso quadriennale in ostetricia, secondo il modello *direct entry* (non è necessaria una scuola di infermeria previa) che anche il nostro Paese ha adottato nell'anno 2000. Una volta laureate, possono continuare gli studi post-laurea (*master*) o dedicarsi al lavoro nel contesto privato o pubblico. Una prima caratteristica che le contraddistingue dalle colleghe italiane e spagnole è la visibilità. Le ostetriche olandesi sono maggiormente "visibili", sia fisicamente attraverso i capillari studi ostetrici diffusi nel Paese, che professionalmente, attraverso il riconoscimento sociale del loro ruolo. Sono poi facilmente raggiungibili e dotate di maggiore operatività: possono, per esempio, richiedere ed eseguire test di *screening*, consigliare diete appropriate, eseguire l'episiotomia durante il parto qualora necessaria ed emettere ricette. La legge permette loro, infatti, di prescrivere un certo numero di farmaci, per esempio l'ossitocina e l'immunoglobulina anti D⁹. Infine, il rapporto tra professionisti della salute è diverso: la relazione tra medici e ostetriche (in particolare quelle che assistono a domicilio) si inserisce in un contesto di rispetto e dialogo reciproci che prevede il confronto continuo tra modalità diverse di assistenza. Basti menzionare che il percorso formativo del personale medico prevede obbligatoriamente la conoscenza diretta del lavoro delle ostetriche, sia nelle Maternity Home Care Assistant, sia a domicilio.

In generale, questo tipo di modello funziona. Storicamente i Paesi Bassi rappresentano il referente per eccellenza di chi guarda a politiche sanitarie basate su un approccio fisiologico al parto e alla gravidanza.

Come abbiamo più volte detto, ritenere che il parto e la nascita siano un processo naturale della vita della donna, ossia uno stato fisiologico e non una condizione medica significa nella pratica ritenere le donne capaci di dare alla luce i loro figli senza la necessità di troppi interventi esterni. Il non interventismo, che caratterizza l'approccio ostetrico olandese, si riflette nella pratica assistenziale. Il tasso di taglio cesareo è per esempio dello 16,4% (di cui il 79% avviene per presentazione podalica), i parti operativi il 10%,

l'epidurale viene utilizzato nel 18,4% dei casi, i parti vaginali dopo un cesareo sono il 54%, (The Netherlands Perinatal Registry, 2014). L'episiotomia si effettua invece nel 30,3% dei casi (Euro-Peristat, 2010)¹⁰. Le donne che allattano al seno entro le 24 ore dopo il parto sono il 75% e quelle che continuano ad allattare in maniera esclusiva dopo 6 mesi il 18% (Netherlands Organisation for Applied Scientific Research, 2010)¹¹.

È lo stesso servizio sanitario nazionale a incentivare il processo di non patologizzazione della nascita. Ciò avviene non solo supportando il lavoro e il ruolo delle ostetriche, ma anche prevedendo un numero di controlli adeguato secondo le evidenze scientifiche: per esempio, le due ecografie previste in gravidanza.

Il sistema olandese si è mostrato nel corso degli anni efficace e sicuro (Wiegers, 1998; De Vries, 2004; Van der Mark, 1997; Amelik-Verburg, 2011; De Vries, Buitendijk, 2012). Ciò nonostante recentemente si registra nel Paese una tendenza alla medicalizzazione e alla concentrazione dell'assistenza negli ospedali (De Geus, Cadée, 2015). Si tratta di una visione politico-sanitaria del tutto inedita per il Paese che ha aperto un grosso dibattito interno e ha sollevato molte perplessità tra i professionisti della salute, soprattutto tra le ostetriche. Il tema della sicurezza del parto è inserito nel dibattito. La discussione più vivace rimanda al tasso di mortalità perinatale, il più elevato in Europa dopo la Francia e la Lettonia (Sheldon, 2008; Euro-Peristat, 2010). Anche il tasso di mortalità materna (4.9/100.000) risulta essere tra i più alti (Euro-Peristat, 2010)¹².

Il cambio di rotta, graduale ma ormai tracciato¹³, non trova però riscontro, rispetto al modello storicamente implementato, nelle evidenze scientifiche in merito a un miglioramento degli esiti del parto o della soddisfazione delle donne (Brockelhurst *et al.*, 2012; Sandel *et al.* *Cochrane review*, 2013; De Jonge, Mesman, Mannien *et al.*, 2013). Si tratta di un tema complesso, che richiederebbe approfondimenti non previsti in questa sede, ma i cui risvolti assistenziali e socioculturali sono in parte già delineabili nella recente bibliografia disponibile (Davis-Floyd, Faber, De Vries, 2013; De Geus, Cadée, 2015).

Il parto non ospedaliero nei Paesi Bassi

Nei Paesi Bassi il sostegno politico ed economico al parto a domicilio risale agli anni Quaranta, quando il sistema assicurativo nazionale decide di rimborsare il parto domiciliare assistito da un'ostetrica e la relativa assistenza pre e postnatale. I costi dell'ospedalizzazione vengono invece sostenuti solo se vi è un'indicazione medica. Negli anni Ottanta si decide di introdurre nelle tipologie di rimborso anche il costo dell'assistenza in day-hospital (sempre non medicalizzata e a carico dell'ostetrica), offrendo così una maggiore possibilità di scelta alle donne, almeno dal punto di vista dell'accesso economico.

Nel caso di un'ospedalizzazione necessaria (sulla base del protocollo di Kloosterman) il rimborso è previsto anche oggi. Nel caso, invece, di una ospedalizzazione non indicata dal medico, ma voluta dalla donna (per esempio per un cesareo elettivo) l'eventuale rimborso o meno del costo dell'assistenza e della degenza dipende dalla tipologia di polizza assicurativa. Nelle assicurazioni standard a volte tale rimborso non è previsto e la donna che decide per un parto chirurgico deve ottemperare alla spesa personalmente. Il modello assistenziale olandese, come abbiamo detto, sostiene in questo modo la non medicalizzazione del parto e della nascita in presenza di gravidanza fisiologica. Se si decide per la presenza di un medico quando clinicamente non è necessario (la libertà di scelta ovviamente lo consente), si paga. Si tratta di un approccio totalmente differente da quello presente in Italia, in cui il parto medicalizzato è gratuito e l'offerta non ospedaliera nella maggioranza dei casi a pagamento.

Il sostegno al parto a domicilio è evidente non solo nell'organizzazione dei servizi di assistenza, ma anche negli strumenti utilizzati per informare le donne (Royal College of Midwives, 2002; The Royal College of Midwives, the Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, 2007). Nella *Guida della Gravidanza* data gratuitamente alle donne incinte, il parto a domicilio è menzionato più volte. Nelle pagine iniziali si sottolinea la bon-

tà di tale modalità di nascita e si spiega che nei Paesi Bassi vi è una differenza sostanziale tra gravidanza con o senza indicazione medica. Nella prima – si sottolinea – l’ostetrica è l’unica responsabile dell’assistenza; nella seconda, vi è anche la presenza di un medico. La Guida garantisce alle donne il diritto di scegliere il luogo in cui partorire e presenta il parto domiciliare come una possibilità tra le altre, menzionandolo in diverse parti del testo. Anche qualora la donna in salute decida di partorire in day-hospital, nella guida si afferma chiaramente che l’assistenza è competenza ostetrica e che «there is no gynecologist present at the birth» (*Growth Guide*, 2014: 13).

Per chi desidera partorire in una struttura *altra*, che non sia né l’ospedale né il domicilio, esistono poi nei Paesi Bassi, diverse case maternità, come il Birth Hotel¹⁴ di Amsterdam, che ho visitato durante il mio lavoro sul campo. Si tratta di un tipico edificio olandese, situato in una strada centrale della capitale nei pressi del famoso canale Singelgraacht. Al piano terra presenta una sorta di area ricevimento, con poltroncine, libreria e caffetteria. Ai piani superiori si trovano i tre alloggi adibiti al travaglio e al parto. Le due stanze che ho potuto visitare sono arredate con letto matrimoniale e vasca. Il Birth Hotel viene presentato sul sito internet istituzionale quale:

an Amsterdam house that has been transformed into an oasis of peace, where you can have your baby safely and in your own way, in a luxury birth suite. We offer a large, relaxing bath, a king-size double bed, constant attention and care, water births, and extra facilities for safe pain relief (www.geboortcentrum.nl).

È stato aperto nel 2011, dopo il restauro di una parte dell’Amsterdam Birth Centre, una struttura che opera nell’assistenza al parto e alla nascita da più di 20 anni. Nel Birth Centre lavorano diverse ostetriche e altri professionisti della salute, dislocati in altri quattro edifici attigui. Di fronte al Birth Hotel, si trova infatti lo studio ostetrico, dove le donne incontrano le loro oste-

triche durante la gravidanza e dove avvengono le visite e l'assistenza prenatale. Vi è poi un altro edificio composto da un'ampia stanza in cui avvengono i corsi parto e altri incontri con i genitori. Per le donne che dopo il parto non vogliono ritornare subito a casa¹⁵ è disponibile un ulteriore servizio, chiamato Maternity Hotel, in cui la coppia può alloggiare con il bambino e usufruire di assistenza completa di personale specializzato 24 ore al giorno. In un quarto edificio si trova la Maternity Care, in cui si trovano le Maternity Assistants che supportano la donna durante il puerperio, sia per quanto riguarda la cura del neonato, che per quanto riguarda i lavori domestici e la cura di altri figli. Infine, in un'ultima area dell'edificio è presente la clinica, dove sono presenti diversi professionisti, tra cui i pediatri, che si occupano della salute del neonato nei mesi e anni a seguire. Ciò che viene offerto è dunque un'assistenza integrata, sia dal punto di vista dei servizi disponibili (dall'inizio della gravidanza al postparto ai primi anni di vita del bambino), che degli spazi e dei professionisti preposti: la donna trova gli stessi professionisti nello stesso luogo per tutto il tempo necessario. Si crea così un rapporto di fiducia e di conoscenza reciproca che facilita il buon esito dei diversi processi in cui mamma, bambino e altri componenti della famiglia (papà e altri figli) sono coinvolti. Per quanto riguarda l'aspetto economico, il Birth Centre dispone di un tariffario che contempla i vari servizi offerti. La donna è libera di creare un proprio percorso personalizzato, secondo i suoi desideri e le sue necessità. L'assistenza viene erogata in regime privato e rimborsata poi dall'assicurazione della donna.

Le motivazioni per le quali nei Paesi Bassi quasi una donna su tre sceglie un parto non ospedaliero sono simili a quelle delle donne italiane¹⁶ e rimandano in particolare alla possibilità di decidere liberamente rispetto alle modalità del proprio parto e al considerare la casa o la casa maternità un luogo favorevole allo sviluppo del processo. La selezione delle donne a basso rischio è una condizione fondamentale per il buon esito del processo: come in Italia e in Spagna, tale selezione comprende non solo elementi clini-

ci, ma anche elementi socioculturali, socioeconomici e psicoemotivi. La questione è importante. Uno studio recente condotto su 356,412 donne a basso rischio che hanno partorito in Olanda tra il 2000 e il 2008 ha dimostrato che in termini di mortalità infantile il parto in casa e in ospedale non presentano esiti differenti per le donne benestanti. Il parto ospedaliero, però, risulta più sicuro per le donne indigenti. Lo studio non spiega perché ciò accada (suggerisce che forse in questi casi è più difficile selezionare dei rischi, magari a causa di difficoltà comunicative tra donne e ostetriche), ma si schiera a favore di una certa cautela rispetto a un sistema sanitario nazionale che supporta il parto in casa (Daysal, Trandafir, Van Ewijk, 2012).

Come già detto, il tema della sicurezza del parto in casa non è esente dal dibattito datosi nel Paese in anni recenti. Ciò nonostante le evidenze scientifiche continuano a dimostrare che il parto a domicilio, per le donne a basso rischio, non è meno sicuro di quello ospedaliero (De Jonge, Mesman, Mannien *et al.*, 2013). Anche altri esiti (per esempio, la morbi-mortalità neonatale e infantile) confermano che partorire in casa, rispetto all'ospedale, non aumenta i rischi per la salute del bambino. Ciò che aumenta è, al contrario, la soddisfazione e l'*empowerment* delle donne (Buitendijk, 1993; Brouwers, Bruinse, Dijs-Elsinga, 2010; Brocklehurst, Hardy, Hollowell *et al.*, 2011; Olsen, Clausen, 2012; De Jonge Mesman, Mannien *et al.*, 2013), elementi che provocano una ricaduta positiva sulla relazione mamma-neonato-nuova famiglia e sullo sviluppo stesso del bambino.

Per chi sostiene che il parto a domicilio debba continuare a essere una opzione accessibile e diffusa per le donne, la sicurezza nei Paesi Bassi viene invocata non solo grazie alle evidenze scientifiche nazionali e internazionali¹⁷, ma anche grazie alle peculiarità del Paese e degli attori coinvolti nel processo. In particolare, si ritiene che tale sicurezza sia offerta dall'alta e indiscussa qualificazione delle ostetriche olandesi nell'assistenza pre e postnatale, da un sistema di vigilanza attento che permette la selezione delle donne con gravidanza fisiologica e la diagnosi tempestiva ed adeguata del-

le gravidanze a rischio, dal buon numero di strutture ospedaliere presenti nel Paese e facilmente raggiungibili in caso di necessità e dal rapporto integrato tra servizi offerti e professionisti coinvolti: ossia da ostetriche e medici non in competizione (Van Alten, Eskes, Treffers, 1989; De Jonge, Van der Goes, Ravelli *et al.*, 2009; Ravelli, Jager, De Groot *et al.*, 2011; Daysal, Trandafir, Van Ewijk, 2012).

Si tratta di un insieme di fattori storici, politici e sociali difficilmente riproducibili in un altro contesto. Ciò nonostante, alcuni elementi e buone prassi ormai assodate potrebbero diventare parte dell'agenda politico-formativa in merito alla professione ostetrica e all'assistenza al parto anche di altri Paesi, il nostro compreso. Perché non apprendere da chi sa fare meglio? La continuità assistenziale, il potenziamento delle competenze ostetriche, l'incentivazione del lavoro ostetrico in autonomia (sia in ospedale, che in libera professione), l'obbligo del personale medico di confrontarsi anche con modalità di assistenza non ospedaliera, la degenza breve dopo un parto ospedaliero¹⁸, le visite domiciliari nel puerperio, il sostegno alla puerpera anche attraverso figure non sanitarie di supporto sono tutti elementi che, qualora introdotti, potrebbero contribuire a migliorare la qualità e l'efficacia dei nostri servizi di assistenza al parto. Si dovrebbero però attuare interventi strutturali e monitoraggi continui, al fine di superare la logica delle sporadiche esperienze locali (e degli interventi a pioggia) che, a volte, caratterizza le politiche sanitarie nel nostro Paese. L'inserimento strutturato e strutturante di elementi di questo tipo non richiederebbe, a mio avviso, nemmeno troppo sforzo intellettuale o economico alla nostra classe dirigente.



Figura 25. Birth Hotel (foto dell'autrice, Amsterdam, ottobre 2014).

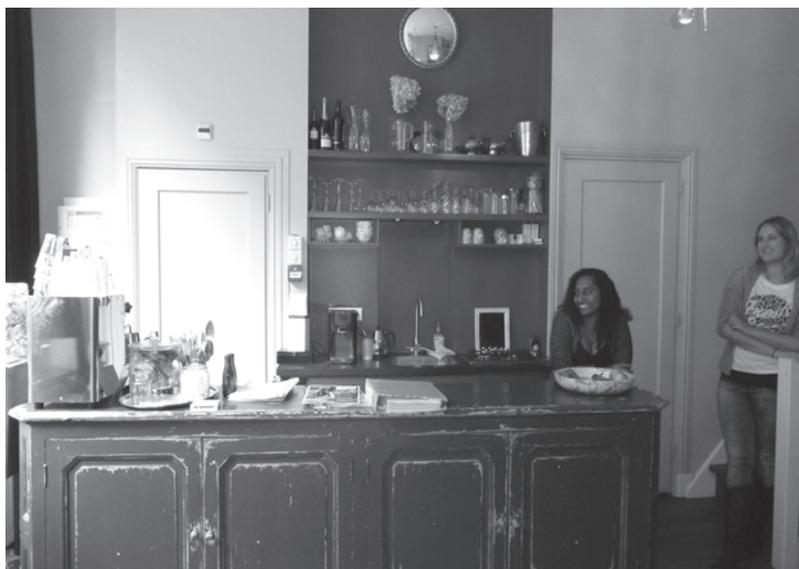


Figura 26. Birth Hotel: sala ricevimento (foto dell'autrice, Amsterdam, ottobre 2014).



Figura 27. Birth Hotel: la camera (foto dell'autrice, Amsterdam, ottobre 2014).



Figura 28. Birth Hotel: il bagno (foto dell'autrice, Amsterdam, ottobre 2014).



Figura 29. Centro Nascita (foto dell'autrice, Amsterdam, ottobre 2014).



Figura 30. Centro Nascita (foto dell'autrice, Amsterdam, ottobre 2014).

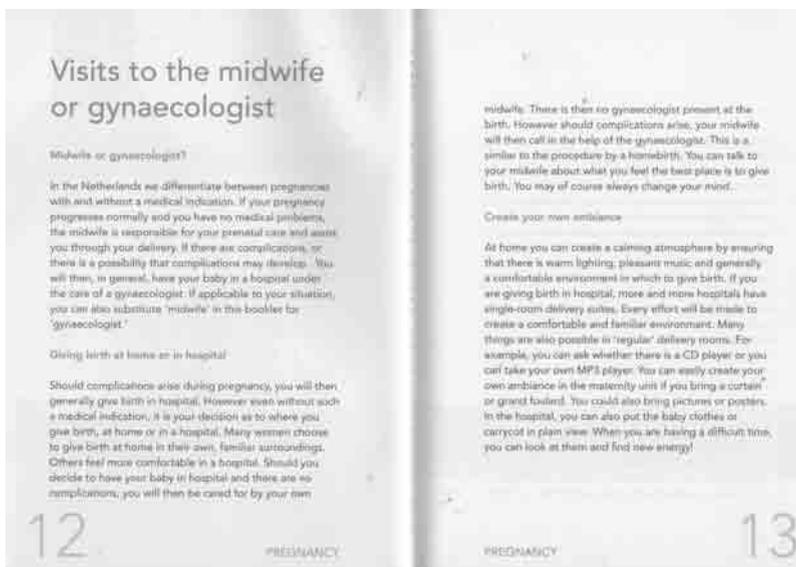


Figura 31. La guida alla gravidanza: promozione del parto a domicilio (foto dell'autrice, Amsterdam, ottobre 2014).

Note

¹ Numero di nascite per 1000 abitanti.

² Un altro documento importante in questo senso è *Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 2011*, emanato nel 2011.

³ Equivale al nostro servizio di consultorio.

⁴ www.nacerencasa.org.

⁵ www.migjorn.net.

⁶ Intervista a Montserrat, coordinatrice della struttura, 2012.

⁷ Il ginecologo olandese Kloosterman ha proposto la suddivisione delle donne in gravidanza a basso, medio e alto rischio. La sua classificazione rappresenta ancora un punto di riferimento a livello internazionale (cfr. Gruppo di lavoro Revisione dell'elenco Kloosterman, 1987).

⁸ Il sistema assicurativo olandese (*Ziekenfondsen*) è obbligatorio ed è in parte sostenuto dalla fiscalità generale, in parte dal contributo individuale. Ogni individuo residente nel Paese deve, cioè, possedere un'assicurazione che rimborsa le prestazioni sanitarie. Il costo dell'assicurazione è di circa 1100 euro, più un contributo di 500 euro all'anno. I bambini sono coperti gratuitamente fino al diciottesimo anno di età (De Geus, Cadée, 2015). L'assistenza ostetrica è prevista in tutte le assicurazioni, ma alcuni servizi sono opzionali e dipendono dalla polizza stipulata (per esempio, non sempre è previsto il rimborso del parto ospedaliero, quando non indicato medicalmente).

⁹ Si tratta della somministrazione di immunoglobuline specifiche contro il fattore Rh (immunoglobuline anti-D), che impedisce la produzione di anticorpi materni contro i globuli rossi del feto. In Italia si somministra entro 72 ore dal parto attraverso un'iniezione intramuscolare sulla spalla delle donne che presentano un fattore Rh negativo e hanno avuto un bambino Rh positivo. Sempre più diffusa la pratica di somministrare l'immunoprofilassi anche durante la gravidanza, sempre per donne con fattore Rh negativo.

¹⁰ Per quanto riguarda altri dati: il tasso di fertilità è di 1,68 e l'età media delle donne al primo figlio 29,4 (Central Bureau for Statistics, 2014). La mortalità materna è di 4,7/100.000 nascite vive e quella perinatale (0 settimane a 7 giorni) è di 7,6/1000 nascite (The Netherlands Perinatal Registry, 2013). La mortalità infantile (0-5 anni) è dello 0,8/1000 dei nati vivi (Central Bureau for Statistics, 2014).

¹¹ In Italia sono l'85,5% contro l'81,1% del 2005. Continua a crescere anche la durata media del periodo di allattamento: da 6,2 mesi nel 2000 a 7,3 mesi nel 2005 fino al valore di 8,3 nel 2013. Il numero medio di mesi di allattamento esclusivo al seno è pari a 4,1; il valore più alto si registra nella Provincia autonoma di Trento (5,0) e quello più basso in Sicilia (3,5) (ISTAT, 2014).

¹² Su mille nati vivi, la mortalità fetale (a meno di ventotto settimane) è di 5,7; la mortalità neonatale è di 2,8 (0-6 giorni dal parto) e 0,5 (7-27 giorni dal parto); quella infantile (entro un anno di vita) è di 3,8%. Per quanto riguarda la mortalità materna, la media europea è del 6,2 (Euro-Peristat, 2010). L'Italia si situa tra i Paesi dove la mortalità materna è minore (2,5%). Tra i Paesi post-industrializzati spicca il dato statunitense di 21/100.000 morti materne (CIA World Factbook, 2015). L'elevato dato (che presenta grande variabilità etnica e socioeconomica) non gioca certo a favore di uno dei modelli di assistenza al parto tra i più medicalizzati al mondo.

¹³ Questo tema è emerso anche nelle interviste con le ostetriche della casa maternità che ho visitato ad Amsterdam.

¹⁴ www.geboortecentrum.nl.

¹⁵ Ricordiamo che sia nelle strutture sanitarie che in quelle non sanitarie la degenza prevista per la puerpera e il bambino in salute è di qualche ora (da due a sei ore).

¹⁶ Aggiungerei anche spagnole (cfr. Quattrocchi, 2014).

¹⁷ Cfr. capitolo 4.

¹⁸ In alcuni ospedali italiani è già attiva la dimissione precoce (due giorni dopo il parto), ma le tempistiche sono ben lontane da quelle previste nei Paesi Bassi (qualche ora). Anche questo è indicatore di una diversa visione del processo: se lo riteniamo uno stato fisiologico e non una condizione medica (e dunque non consideriamo la donna che ha partorito una ammalata) non vi sono motivi per trattenerla in una struttura sanitaria.

Riflessioni finali. Un dialogo possibile?

Il punto di vista delle ostetriche ospedaliere

Cosa accadrebbe se il SSN decidesse di rendere disponibile il servizio di assistenza al parto domiciliare su tutto il territorio nazionale? O se altre regioni decidessero di riprodurre l'esperienza emiliana, di cui abbiamo raccontato nel capitolo nove? Se, cioè, si pensasse a una rete di ostetriche del territorio che, oltre a seguire le gravidanze fisiologiche nei consultori o negli ambulatori della nascita fisiologica, offrissero alle donne in salute che lo desiderano anche la possibilità di partorire al proprio domicilio? O se questo servizio diventasse, quanto meno molto più diffuso di ora, attraverso convenzioni, rimborsi, sostegno politico ed economico da parte dello Stato in tutte le regioni italiane?

A volte, i detrattori o gli scettici invocano la cultura del nostro Paese, che non accetterebbe senza perplessità un modello di assistenza percepito come altro da sé rispetto ai canoni di sicurezza e legittimità socialmente condivisi. In realtà, come ben sappiamo, la cultura non è un'essenza statica e dai confini ben definiti, ma un processo dinamico che si costruisce e ricostruisce in funzione di relazioni continue da parte degli attori coinvolti, che più o meno condividono un sistema simbolico di riferimento. Nel gioco di "aggiustamento" costante tra elementi consolidati e elementi innovativi, le culture elaborano e rielaborano saperi, pratiche e rappresentazioni alla luce di esigenze e aspettative inedite, producendo così nuovi scenari di azione sociale. In altre parole, le culture cambiano.

Cosa accadrebbe, dunque, se innescassimo un processo di legittimazione medica, socioculturale e politica del parto a domici-

lio su ampia scala? E se lo rendessimo gratuito, al pari di altre modalità assistenziali garantite dai Livelli Essenziali di Assistenza?

Verena Schmid, citata più volte nel mio lavoro quale «ostetrica storica» e fondatrice della Scuola Elementare di Arte Ostetrica di Firenze, non ha dubbi al riguardo:

Sono certa che nel nostro Paese raggiungeremmo velocemente la stessa percentuale, se adottassimo le stesse condizioni dell'Olanda: formazione di base delle ostetriche per il parto a domicilio, compreso il tirocinio, l'80% di ostetriche libero professioniste con capacità imprenditoriali, convenzionate con le assicurazioni, obbligo per gli studenti di medicina di fare un tirocinio con le ostetriche domiciliari, ottima collaborazione tra ostetriche e medici e con gli ospedali, ampia accettazione culturale, gratuità solo del parto a domicilio per le donne ad alta salute, mentre l'ospedale è a pagamento (è gratuito solo se è presente un'indicazione medica per il ricovero). Ovunque in Europa si sono create condizioni simili, la percentuale del parto domiciliare è salita vertiginosamente, fino al 15-25% (Schmid, 2009).

Al di là delle previsioni più ottimistiche, la questione aperta è *come* si potrebbe cambiare un modello assistenziale assodato, seppur come abbiamo visto denso di criticità. In quale modo dovrebbero agire i nostri decisori politici per innescare un processo di riconoscimento di questa modalità assistenziale? Di certo studiando le esperienze estere, ma sapendole poi declinare al nostro contesto socioculturale e sanitario, per molti aspetti diverso.

Aspetti fondamentali su cui sono già soffermata riguardano la formazione ostetrica e medica, nello specifico delle due professioni e nella loro relazione reciproca. Se è vero che «La cultura delle ostetriche in Italia la fanno i medici»¹ – come confermano anche le ostetriche di vecchia e nuova generazione che ho intervistato – è anche vero che sempre più ostetriche laureate possono oggi inserirsi nei circuiti educativi come docenti o ricercatrici e rendere in questo modo disponibile il loro punto di vista, diverso da quello medico.

Una prospettiva differente all'organizzazione dei servizi sanitari è altrettanto fondamentale: fomentare l'approccio fisiologico

in generale, e *in primis* nelle strutture ospedaliere, significa per esempio implementare gli ambulatori della gravidanza fisiologica, che come spiega Francesca:

Sono per definizione il luogo in cui seguire la fisiologia e in cui le ostetriche possono esprimere al meglio le loro competenze (Francesca, ostetrica ospedaliera, 2013).

Significa poi affidare il coordinamento del lavoro ostetrico a un'ostetrica e non a un'infermiera o un infermiere, come in molte strutture accade:

In alcuni punti nascita ci sono delle coordinatrici ostetriche e l'organizzazione è completamente diversa. Dove c'è un'ostetrica che coordina c'è un'attenzione a investire sul personale ostetrico, c'è un'organizzazione diversa. Noi non abbiamo nulla contro gli infermieri nel dipartimento, ma di fatto pensiamo che quello che può fare un'ostetrica non lo può fare un'infermiera, soprattutto per quello che concerne il materno-infantile. È una valenza, anche perché se tu vai ai tavoli e puoi portare il nostro punto di vista lo fai, altrimenti lo scavalcano completamente, come succede in certe aziende, in cui le ostetriche non possono parlare (Roberta, ostetrica ospedaliera e coordinatrice ostetrica, 2013).

Si tratta ovviamente di scelte politiche, prima che logistiche, che si scontrano con consuetudini date, interessi di categoria e dinamiche di potere. È innegabile, per esempio, che la possibilità dei ginecologi ospedalieri di lavorare anche privatamente (e dunque di intercettare parte delle gravidanze fisiologiche) incide nella definizione degli assetti all'interno della struttura (per esempio il ruolo dei consultori o degli ambulatori della gravidanza fisiologica). La maggioranza dei professionisti con cui ho parlato è consapevole della questione e non risparmia dure critiche a questo riguardo:

Non c'è cultura sulla fisiologia da parte del medico e, soprattutto, c'è chiusura. Se dovessero accettare questa cosa qua, dovrebbero lasciare a chi

di competenza, cioè le ostetriche, una parte di donne che rende tanto. Perché dovrebbero farlo? E poi, anche dal punto di vista della sanità e della politica, chi è al potere sono i medici. Questo toglierebbe via soldi a loro, le donne non andrebbero più da loro e loro hanno nel privato un giro di donne fisiologiche spaventoso (Valentina, ostetrica ospedaliera, 2014).

Non solo, anche la specificità regionale o locale incide. In Italia non vi è una politica omogenea in merito al contenimento della medicalizzazione durante il parto e la nascita. Se vi sono regioni che hanno iniziato un percorso di potenziamento dell'approccio fisiologico (per esempio sostenendo l'apertura di ambulatori fisiologici della gravidanza o di centri nascita intraospedalieri), in altri luoghi (soprattutto nel Sud del Paese) la medicalizzazione è ancora la norma. Il caso del Friuli Venezia Giulia è emblematico di questo percorso, in parte ancora accidentato: dai dati più recenti appare una regione di eccellenza, con un tasso di cesareo tra i più bassi d'Italia ma ciò nonostante, vi è una grossa diversità di approccio e di pratica tra le diverse strutture ospedaliere presenti sul territorio e anche uno iato profondo, a volte, tra teoria e pratica:

È inutile avere le vasche se poi non le usi, non dico per il parto, ma neanche per il travaglio! Per cosa le hai prese? Per vendere un prodotto che non c'è? (Francesca).

Lavorando là dentro [ospedale] ci devono essere delle cose standardizzate per forza, e questo lo capisco; ma pian piano ti ritrovi ad assistere dei parti completamente fisiologici; e tu lo vedevi che questa signora poteva partorire tranquillamente e solo perché l'ospedale mette delle regole ben precise, anche solo nei tempi, non lo può fare. Più di una volta ci abbiamo pensato noi ospedaliere alla casa maternità, proprio perché dopo tanti anni di lavoro in sala parto ti rendi conto che non è questo il modo. Nessuno ci impedirebbe di prendere un casale e aprire una casa maternità, però i soldi dove li trovi? (Valentina).

Il parto non ospedaliero, nella prospettiva assunta da questo lavoro, dovrebbe inserirsi in questo percorso, come una delle strategie possibili e sostenibili per riappropriarci, come società, di una modalità di nascita normale. Non si tratta di proporre l'assistenza domiciliare per tutte le donne ovviamente ma di rendere disponibile il servizio per quante lo desiderano e, al contempo, di informare della sua praticabilità quelle donne che potrebbero usufruirne, se ne conoscessero l'esistenza. Se ponessimo davvero al centro delle nostre scelte politiche le donne e i bambini, il cambio di prospettiva diventerebbe quasi d'obbligo e includerebbe in maniera quasi naturale un'opzione sicura e allo stesso tempo soddisfacente, come il parto a domicilio. Un'assistenza di qualità, davvero centrata sulle donne e i bambini comporterebbe anche il confronto continuo con il diritto di scelta per esercitare il quale è necessario godere di un'informazione chiara e obiettiva su tutte le possibilità in campo.

Io sto gridando «la libera scelta alle donne», «la libera scelta alle donne!» Quello che forse va fatto è di dare davvero un'informazione pulita alle donne e che le donne comincino a scegliere. Le donne per tutti questi anni hanno pensato che la prima cosa che si fa, quando si è in gravidanza, è scegliersi un medico. Dovremmo guardare al fatto che tante cose sono cambiate. Anche perché gli studi che si sono fatti in questi anni hanno sconfessato tutto questo. E allora diciamo alle donne di partire da loro stesse, di riscoprirsi e di risentire questo senso materno, che ce l'hanno in loro, di trovare in loro questa forza, no? (Roberta).

Una scelta informata, consapevole, condivisa con il professionista e co-costruita nel suo percorso conoscitivo e attuativo è un tassello di quel concetto di sicurezza tanto invocato non solo dalla classe medica, ma anche da quella politica. Come abbiamo visto sicurezza non è solo tecnologia: il corpo delle donne non è una macchina che funziona meglio perché oliata un po' e attaccata a un cavo elettrico. Sicurezza è prima di tutto il rispetto dei tempi e della modalità fisiologica del parto, come ben sottolinea Roberta:

La parola chiave dei nostri politici ora è «sicurezza», non avendo capito che la sicurezza la fai rispettando la fisiologia e non avendo la sala operatoria in più o in meno. E la fai con la continuità dell'assistenza, avendo la stessa ostetrica che segue la gravidanza, e dando l'*empowerment* alle donne, perché poi la forza è in ogni donna, non nell'operatore. Questa è la mia visione delle cose (Roberta).

Il dialogo con le ostetriche ospedaliere, quelle che cioè ogni giorno sono a contatto con i protocolli e le prassi di cui abbiamo tanto discusso è molto interessante. Sono convinta che le critiche e le proposte ad un approccio medicalizzato che ormai tutti riconoscono come non efficace in termini di produzione di salute, debbano pervenire non solo dai saperi e dalle pratiche «di resistenza» (come ho definito la pratica ostetrica in libera professione), ma anche dagli ambienti ortodossi: quelli in cui si gioca – numericamente – la partita. Per questo motivo ho deciso di proporre, in questa fase finale del volume, il punto di vista di chi lavora ogni giorno nel contesto ospedaliero, ambulatoriale o consultoriale: chi, insomma, opera dentro quella cornice di eccessiva medicalizzazione di cui abbiamo tanto parlato. In particolare, le voci che propongo di ascoltare in queste ultime pagine sono proprio quelle delle ostetriche ospedaliere con cui ho parlato, in Friuli e altrove, e che spesso – dicono alcune – sono ancora inascoltate. Sono voci emerse dal campo, che non hanno bisogno, in questa fase, della mia mediazione. Le propongo come testimonianze di una professionalità complessa e a volte sottostimata nel nostro Paese, ma capace di produrre, di proporre e di riflettere.

Il parto erogato dal SSN potrebbe venire incontro alle loro esigenze [dei politici e dei medici]. È sempre un controllo sul parto a casa, in fin dei conti, di ostetriche che tu conosci, che sono «tue», pur lasciando che le donne abbiano una scelta diversa. È una buona mediazione. Ma a volte c'è tanta chiusura, a volte qua non esiste neanche quello che esiste in tante parti d'Italia: il servizio a domicilio nel postparto. Le donne che escono dall'ospedale sono sole, completamente sole. È anche quello è un problema di soldi, perché dopo

due giorni ti rientrano in ospedale. Hai le ostetriche, usale, mandale a casa a visitare la donna, no? (Valentina).

Molte donne pensano che devono andar da un medico che faccia l'ecografia. Più fai, più il risultato è garantito. E molte volte, quando ascolti il racconto di certi parti allucinanti, che non avrebbero dovuto andar così, che avrebbero potuto avere dei percorsi completamente diversi, e poi senti che ti dicono: «per fortuna c'era lui che ha fatto questo, questo e questo!» Li ti rendi conto di quale sia il livello. Ci sono molte donne che si affidano completamente, e sono convinte che doveva andare così. In realtà non è colpa loro, viene venduto così. Perché è inutile che ce lo neghiamo, le evidenze scientifiche dimostrano che la maggior parte dei problemi che hai in sala parto o al momento del parto sono creati, dall'utilizzo dell'*augmentation*, dall'utilizzo di tutta una serie di farmaci che ti portano ad accelerare un travaglio e che lo portano su un percorso patologico. Lo sappiamo ormai (Francesca, ostetrica consultorio, 2014).

«Lo sappiamo ormai» dice l'ostetrica. È una frase che pesa e che emerge in maniera ricorrente nelle mie conversazioni. Il raggiungimento di una medicalizzazione così eccessiva (e inutile) è certo prodotto di un insieme di fattori storici, sociali, culturali, economici, medico-ostetrici e politici che si sono dati nei decenni. È un processo senza dubbio difficile da scardinare e molto lento nella sua evoluzione, in cui ognuno ha una propria parte di responsabilità:

Noi ostetriche riconosciamo le nostre colpe, non siamo state unite, non abbiamo fatto rete, abbiamo una storia complessa. In questo momento c'è però anche la voglia di riprenderci il nostro ruolo, di fatto questo dialogo si è aperto, qualcuno ci ha ascoltato (Roberta).

Quel qualcuno è una classe politica che in alcune parti d'Italia, più che in altre, ha aperto le porte alla voce delle ostetriche e alcune professioniste, d'altro canto, si sono spese in prima linea per poter interloquire (per esempio, quali coordinatrici ostetriche/re-

ferenti aziendali o regionali ecc.), quando è stato possibile. Il cammino è lungo e richiede capacità di visione e di prospettiva:

Quello che mi preoccupa è che la politica possa decidere qualcosa di tecnico, e neanche i tecnici sanno decidere perché c'è da difendere tutto ciò che sta intorno, i propri orti, i propri territori. Spero ci ascoltino, noi abbiamo competenza ed esperienza, che siamo libere professioniste o ospedaliere non importa. Abbiamo molto da dire (Roberta).

La preoccupazione di Roberta è condivisibile. Se optiamo per una visione che tenga conto anche della qualità e non solo della quantità, difficilmente l'approccio tecnico è sufficiente. A meno che il tecnico non si confronti davvero con aspetti, contesti ed esperienze situati al di fuori della sua specializzazione e che possono arricchirla.

La sostenibilità del parto non ospedaliero

Se il parto non ospedaliero sia sostenibile dal punto di vista sociale, culturale, politico ed economico è stato fin dalla progettazione uno degli interrogativi principali della mia ricerca. Ciò che intendo evidenziare in quest'ultimo paragrafo sono alcune riflessioni emerse da quell'«incontro etnografico» che caratterizza il lavoro antropologico e che si concretizza in una produzione e condivisione di senso tra i diversi soggetti coinvolti (Pavanello, 2010). Si tratta di un incontro che avviene su un terreno reale e virtuale al tempo stesso, dove le pratiche sociali, i saperi, i ruoli, le rappresentazioni e le interpretazioni di ciascuno costruiscono uno scenario inedito di significati condivisi, anche grazie alla presenza del ricercatore, mediatore e soggetto in campo tra gli altri.

Trovo interessante proporre una riflessione finale sul tema del parto non ospedaliero, partendo proprio dalle diverse voci che si sono sovrapposte in questo lavoro: parole che ho ascoltato, che ho letto e che io stessa ho professato nel corso di questi cinque anni

di ricerca, a partire dall'osservazione (partecipante o meno)² di pratiche e di esperienze altrui e mie.

Il fine di queste pagine sarà delineare il valore aggiunto del parto domiciliare e in casa maternità, così com'è praticato in Italia e alla luce delle esperienze di altri Paesi. Ciò significa, riassumere gli elementi più importanti emersi nel corso del lavoro in merito al significato di tale modalità assistenziale nella pratica ostetrica, nella vita della donna, del bambino e della coppia, nell'ottica delle istituzioni e della società.

Sullo sfondo, come parametro di confronto, ma anche come interlocutore interessato, si situa il modello assistenziale ortodosso, quello ospedaliero. Ci terrei a precisare che quest'ultimo non rappresenta mai, nelle mie intenzioni, un'antitesi al parto domiciliare o in casa maternità. Piuttosto si rivela nel corso del mio lavoro un «interlocutore negato», con il quale il dialogo risulta difficile non solo per le rare occasioni di confronto, ma soprattutto per la chiusura a priori rispetto a modalità *altre* di pensare e di fare.

In queste ultime pagine, vorrei che l'interlocutore negato aprisse occhi e orecchie e si ponesse in posizione, se non di dialogo, almeno di ascolto. Perché non cogliere l'occasione per decentrarsi, dalle proprie posizioni e assunzioni e dai propri paradigmi – fosse anche solo per una volta – per osservare le cose da un altro punto di vista?

La sfida intellettuale che pone l'antropologia in quanto sapere critico, autoriflessivo e demistificatorio (Marcus, Fisher, 1998) e che non cessa di affascinarmi, nonostante la pratici da più di vent'anni, spero sia contagiosa in questa sede; in particolare, per l'importanza del tema, che ci riguarda tutti, come individui e come società.

L'invito a seguirmi in queste ultime pagine è volto dunque soprattutto a chi ha certezze e non le discute. Non possiamo accontentarci di affermare che «partorire è partorire, e tutti si nasce allo stesso modo», come mi è capitato di udire una volta da un amico biologo. Innanzitutto, anche dal punto di vista fisico non partoriamo tutte allo stesso modo: un parto cesareo non equivale a un parto vaginale, neanche dal punto di vista dell'oggettivo corpo biolo-

gico in cui il bambino è “ospitato”. Soprattutto, però, partoriamo, costruendo culturalmente il nostro parto: lo immaginiamo, lo arricchiamo di valenze sociali, culturali, emozionali; lo connotiamo attraverso ruoli (di genere, per esempio), status sociali (l'uomo che diventa “padre”; la donna che diventa “madre”), attribuzione di competenze (chi lo assiste) e di valori affettivi e relazionali.

Gli studi etnografici ci hanno abituato a una grande variabilità culturale da questo punto di vista³: chi assiste al parto, dove si partorisce, attraverso quali accorgimenti ci prepariamo all'evento, come accogliamo il neonato sono tutti elementi che contribuiscono a costruire una modalità culturalmente condivisa di venire al mondo e al contempo indicativa della nostra identità, di come ci costruiamo antropopoieticamente⁴ per differenziarci dagli altri.

Lo stesso parto medicalizzato, con i suoi assunti e i suoi rituali così ben raccontati dall'antropologa statunitense Robby Davis-Floyd nel libro *Birth as an American Rite of Passage* (Davis-Floyd, 1992) non è che l'espressione dei valori imperanti nella nostra società, basati sulla tecnologia e sul consumo.

Delinare «il valore aggiunto» del parto domiciliare e in casa maternità che emerge dal mio lavoro, mi sembra un buon modo per contribuire alla comprensione di cosa possiamo intendere per sostenibilità di tale modalità di assistenza, e per tentare quindi di rispondere, almeno in parte, all'interrogativo iniziale.

Utilizzare il termine sostenibilità mi è parso naturale nel momento in cui ho redatto il mio progetto; ma ora ritengo debba essere problematizzato. Trovo la definizione ambientale ed economica alquanto interessante per il mio contesto di ricerca. Per sostenibilità, la prestigiosa fonte enciclopedica Treccani intende: «la capacità di assicurare il soddisfacimento dei bisogni della generazione presente senza compromettere la possibilità delle generazioni future di realizzare i propri»⁵. Concetti associati alla sostenibilità sono, in quest'ottica ecologica, «la capacità di carico», le «possibilità di autoregolazione», la «resilienza» e la resistenza. Fattori che nel loro insieme influiscono con la stabilità del sistema, la quale – continua la Treccani – «è esposta a rischio di perturbazioni e

alterazioni irreversibili nell'incontro tra due sistemi complessi». Proprio come accade nell'incontro tra parto medicalizzato e parto non medicalizzato.

Il trasferimento di questo concetto al mio contesto di ricerca può sembrare azzardato: ma è null'altro che un esercizio intellettuale, una «curvatura dello sguardo» (Piasere, 2002) che l'approccio antropologico facilita, forte della sua capacità di riconsiderare i concetti alla luce delle esperienze e delle pratiche sociali. È un gioco interessante, che mi permette di proporre alcune riflessioni, utilizzando una lente inedita e un linguaggio diverso da quello al quale sono abituata.

Mi soffermo, in particolare, sull'idea di «soddisfacimento dei bisogni della generazione presente», con cui si apre la definizione enciclopedica. Quali sono i bisogni emersi dalla mia ricerca? In primo luogo sono bisogni di diverso tipo, ora individuali ora collettivi; in secondo luogo, sono bisogni quasi sempre disattesi dal modello di assistenza tradizionale al parto e alla nascita, ossia quello ospedaliero.

Innanzitutto, c'è il bisogno delle donne. Non ho dubbi al riguardo: nei miei cinque anni di lavoro nei tre Paesi coinvolti nello studio, le donne hanno espresso chiaramente il loro bisogno di essere rispettate. La definizione di «parto respetado» che, all'inizio del mio lavoro, suonava strana al mio orecchio di italoфона, la trovo ora del tutto pertinente. Il rispetto dei tempi, del corpo, del processo, dei protagonisti e delle protagoniste, delle differenti visioni del mondo, dei propri saperi e poteri, delle pratiche, dei luoghi, degli strumenti e delle competenze di ciascuno sono tutti elementi che concorrono alla costruzione di un concetto "concreto" di rispetto, che va al di là di teorici posizionamenti etici e di codici di condotta di categoria. È un rispetto che si incarna, al contrario, nella pratica quotidiana: in come le persone fanno le cose ogni giorno.

Le donne che partoriscono in casa e le ostetriche che le assistono non intendono rinunciare a questo tipo di rispetto (nelle sue molteplici dimensioni). Anzi, lo rivendicano come un diritto non solo per se stesse, ma per le donne tutte.

Il tema del parto, così universale e particolare allo stesso tempo, rimanda di per sé a una ontologia di genere che accomuna ogni donna e ogni madre. È una dimensione comune, di chi genera la vita e si sente, per questo motivo, un soggetto parte di un progetto naturale e viscerale allo stesso tempo, che si comprende completamente solo quando lo si prova. Per questo mi sembra importante che l'esperienza delle donne che hanno optato per una scelta diversa dalla maggioranza possa giungere anche a coloro che decidono di partorire in ospedale e che non si pongono troppe domande sulla bontà o meno di una pratica consuetudinaria. Sono soprattutto queste, le donne che devono essere maggiormente rispettate. Seppur negli anni i nostri servizi di assistenza hanno goduto di un processo di umanizzazione, non possiamo affermare che nei nostri ospedali siamo davvero sempre attenti ai desideri e alle necessità reali della mamma e del bambino.

Non si tratta solamente di offrire un'assistenza dignitosa, ma di ottemperare a questioni di salute: da tempo nella letteratura scientifica sono emerse le ricadute psicoemozionali di un parto non soddisfacente: la depressione postparto e la sindrome posttraumatica da stress da parto sono emblematiche in questo senso (Kruckman, 1983; Creedy *et al.*, 2000; Stramrood, Paarlberg, Huis in't Veld *et al.*, 2011; Olza-Fernández *et al.*, 2014; Simpson, Catling, 2016). In particolare quest'ultima, presenta sintomi simili a quelli di una violenza o di un abuso subito: angoscia per la sopravvivenza del bambino, incubi, senso di impotenza, apprensione eccessiva e ipersorveglianza del neonato, irritabilità costante ed eccitabilità estrema, difficoltà sessuali, distacco, freddezza emozionale, isolamento sociale e reazioni fisiche intense. Un disturbo «indotto nel parto da un'eccessiva medicalizzazione, dall'assistenza spersonalizzata degli operatori e passivizzante nei confronti della donna» (Giarelli, 2011: 19).

Il rispetto però non deve solo essere offerto, deve anche essere richiesto. Per poter esigere rispetto, le donne devono riconoscere la loro condizione e conoscere i loro diritti. Nei nostri ospedali il consenso informato⁶ in merito a qualsiasi pratica invasiva (un'epi-

siotomia, per esempio) è già previsto, almeno formalmente. Quante sono le donne però a cui viene davvero offerta la possibilità di consentire (dopo un'informazione obiettiva e completa) o – ancor più raro – di dissentire? Anche il consenso dei genitori alle pratiche assistenziali eseguite sul neonato dovrebbe essere richiesto (dopo aver informato che tali pratiche esistono, ovviamente!), ma quasi mai questo accade. Il Piano del Parto – un documento da stilare con calma durante la gravidanza insieme all'ostetrica, in cui compaiono i desideri e le aspettative della donna rispetto alla modalità di assistenza in una gravidanza fisiologica – è accolto in linea teorica in molti ospedali. Nella pratica, la donna che arriva in ospedale con “quel fogliettino” è quanto meno guardata con sospetto, se non considerata fin da subito una potenziale “rompiscatole”. Rispetto alle pratiche neonatali, per esempio, chi informa davvero la madre e il padre in merito a cosa contengano le famose “gocce” inalate negli occhi del neonato pochi minuti dopo il parto? Quante mamme e papà sanno che quel “tantino di collirio” è in realtà il primo antibiotico che il bambino assume prima ancora (a volte) di aver sentito il meraviglioso sapore del latte della mamma? E quanti pensano sia una pratica del tutto innocua e sicuramente efficace, solo perché l'Istituzione la legittima? Infine, qualcuno informa quei genitori che si potrebbe anche firmare un dissenso informato e rifiutare, in questo modo, una pratica su cui peraltro le evidenze scientifiche sono controverse?⁷

A questo proposito, mi ha fatto molto riflettere un commento di un'ostetrica friulana che ho intervistato in una mattinata di sole, nel suo Paese, di fronte al mare. Ritrovo nel mio diario di campo le sue parole e accanto un grosso punto esclamativo, che utilizzo quando annoto qualcosa che mi colpisce. Diceva così, Francesca:

Credo che quello sia l'unico momento nella vita di una madre in cui lasciamo il nostro bambino in balia di persone totalmente estranee, che lo portano in luoghi a noi sconosciuti per fare cose che non sappiamo; e in un tempo indefinito. In quale altro momento della nostra vita permettiamo che questo accada? (Francesca, 2013).

L'Istituzione, appunto. Il ritenere per autorità e consuetudine che in quel luogo e in quelle mani ci si debba sentire sicuri; e affidare, senza condizioni. E non vedere l'acqua in cui si nuota, proprio come i pesci di Wagner Mardsen (Wagner, 2001)⁸.

Affidarsi a chi si prende in carico della tua salute è un elemento fondamentale nel processo terapeutico, i cui risvolti non riguardano solo il piano simbolico-relazionale ma anche quello organico, come approcci interdisciplinari ormai affermati dimostrano⁹; da antropologa che da tempo si interessa alla salute e alla malattia, conosco bene questi aspetti. Affidarsi non significa però delegare acriticamente. In un contesto storico e sociale in cui ci siamo abituati a delegare ad altri e ad altro (al medico, alla tecnologia, al ciuccio, al latte artificiale, al carillon, alla baby-sitter, ecc.), dimentichiamo a volte che ogni nostra scelta, per definizione, ne esclude un'altra: la famosa alternativa possibile. Si tratta di un processo normale: l'importante è che si creino le condizioni affinché possiamo conoscere l'esistenza delle diverse opzioni. Come abbiamo visto, i saperi autorevoli spesso escludono le alternative o, per lo meno, le delegittimano. È ciò che accade con il parto non ospedaliero, le cui modalità (per non parlare delle evidenze scientifiche e delle esperienze positive nazionali e internazionali al riguardo) sono spesso ignorate dalla classe medico-ortodossa e dai cittadini. Altrettanto accade per il diritto della partoriente di scegliere le circostanze del proprio parto (con chi, come e dove partorire): un diritto ormai acquisito, che rientra tra i diritti umani e i diritti alla salute riproduttiva¹⁰.

Oltre ai *bisogni delle donne*, vi sono poi i *bisogni delle istituzioni*: anch'essi sono stati chiaramente espressi durante il mio lavoro: il bisogno di fornire degli standard di qualità, di sicurezza, di scientificità, di efficienza, di efficacia; ma anche i bisogni di organizzare, di razionalizzare, di formare e altro ancora. Documenti nazionali e internazionali, protocolli, ricerche scientifiche e dati statistici ribadiscono l'importanza di questi aspetti; ma invocano (inascoltati) un bisogno comune: demedicalizzare la nascita. O meglio, contenere gli eccessi cui la medicalizzazione è giunta.

È un bisogno che emerge dalla vasta letteratura che abbiamo a disposizione, sia scientifica che politico-sanitaria. Ormai tutti i soggetti istituzionali in campo si rendono conto che la medicalizzazione del parto e della nascita ha raggiunto picchi allarmanti e non produce salute, né per la mamma né per il bambino. Comporta, invece, costi e sprechi economici che potrebbero essere evitati. In Italia, la non appropriatezza di alcune pratiche relazionate con un interventismo innecessario (taglio cesareo *in primis*) viene evidenziata, come abbiamo visto, dal Ministero della Salute e dall'Istituto Superiore di Sanità.

Come ridurre tale interventismo, attraverso quali strumenti e strategie è un tema complesso che intreccia formazione e informazione, ma anche messa in discussione di ruoli, di status e di abitudini acquisiti: un lavoro sul piano sociale, comunicativo e relazione che supera l'approccio strettamente educativo (il portare a conoscenza dati ed evidenze scientifiche) e che rimanda a dinamiche di potere difficili da scardinare. Un esempio non raro nella quotidianità lavorativa è costituito dalle indicazioni operative «imposte» da un direttore di dipartimento alla sua équipe. L'invito è di prendere in considerazione anche questi aspetti, a volte ignorati in quanto «meno tecnici» o clinici.

Rientra in questo contesto anche il potenziamento del ruolo e dell'autonomia dell'ostetrica nel seguire le gravidanze e i parti fisiologici. Ciò significa non solo offrire a questa professionista tutti gli strumenti intellettuali e tecnici per accompagnare tale processo nel migliore dei modi possibili, ma anche implementare strategie affinché vengano ridimensionate le dinamiche relazionali che la situano in un rapporto gerarchico subordinato rispetto al medico-ginecologo. In questo senso, facilitare la conoscenza reciproca già nel percorso accademico, così come rendere disponibili le esperienze di Paesi che hanno optato per modalità operazionali e relazionali differenti, può essere importante.

Vi sono, poi, i *bisogni dei singoli professionisti*: il sentirsi rispettato e tutelato nel proprio lavoro e nel proprio ruolo (qualunque esso sia), il poter lavorare in sicurezza, l'essere certi di operare per il be-

nessere della mamma e del bambino, il poter esprimere liberamente la propria opinione e il proprio punto di vista rispetto a un processo o una situazione in corso, il potersi formare e aggiornare in maniera continua, contando con una programmazione di qualità e attenta agli sviluppi della ricerca scientifica, l'essere gratificato e valorizzato moralmente ed economicamente per il proprio contributo, poter trasmettere la propria esperienza alle nuove generazioni di professionisti della salute, poter contare su meccanismi istituzionali per gestire il *bornout*¹, poter lavorare in ambienti sani e altro ancora. Tali bisogni sono a volte disattesi nel lavoro quotidiano, in cui lo stress, la fretta, le relazioni con i propri pari e con i superiori, l'ansia da prestazione, la paura che qualcosa «vada storto» non permettono di espletare al meglio la propria funzione.

Infine, vi sono i *bisogni dei neonati*. A questo proposito, potremmo menzionare la frase «siamo ciò che mangiamo» e parafrasarla con un «siamo ciò che nasciamo». Sono ormai innumerevoli le evidenze scientifiche che ci dimostrano come la modalità del parto influisca sullo sviluppo del bambino e dell'adulto, non solo dal punto di vista fisico, ma anche cognitivo. Ciò che è sempre più evidente è la relazione tra la vita intrauterina, i primi momenti di vita extrauterina e i processi fisico-chimico-neuronali che permetteranno lo sviluppo di un individuo sano e sereno. Secondo le ipotesi più recenti della neurobiologia, la maturazione stessa del sistema nervoso appare strettamente relazionata alle prime esperienze relazionali del bambino (Odent, 1989, 2016). Vi sono studi che associano, per esempio, la separazione mamma e bambino durante i primi momenti dopo il parto all'insorgere di disagi di vario tipo. Non è uguale arrivare nel (nostro) mondo – dopo nove mesi vissuti in un ambiente caldo e confortevole – risucchiati da una ventosa o manipolati da estranei, rispetto all'essere accolti dalla voce e dalle mani già note della propria mamma. Non è uguale compiere quel viaggio grazie a un perfetto cocktail ormonale e chimico (tra cui l'ossitocina naturale che la madre produce) che la natura ci mette a disposizione per poter fare ciò che è necessario insieme alla mamma e ritrovarsi improvvisamente di fronte a stimoli e sollecitazioni estra-

nee, sconosciute e imposte. Non è uguale essere nutriti dalla propria mamma (e non è solo di latte che stiamo parlando) o alimentati da uno sterile biberon, che non scalda, non consola, non profuma e non ama. Potremmo continuare, perché rispetto ai bisogni del neonato, credo che le donne abbiano ancor più bisogno di informazione che in merito al parto e alla nascita.

Il bisogno di informazione è, del resto, trasversale: interessa, a diversi livelli, tutti i soggetti in campo. I decisori politici necessitano di informazioni scientifiche aggiornate per poter delineare e implementare politiche pubbliche innovative e adeguate ai bisogni reali dei cittadini. I professionisti della salute necessitano di informazione per poter attuare al meglio nella pratica assistenziale; le donne e le coppie necessitano di un'informazione completa, esaustiva, obiettiva e integrale per poter effettuare le proprie scelte. Le nuove generazioni (gli adolescenti, per esempio) necessitano di informazioni per avvicinarsi a un tema che li riguarda e che dovrebbe essere parte del processo educativo di un individuo in società¹².

Infine, emerge dal mio lavoro un *bisogno collettivo*, quello di riappropriarci della nascita come di un evento che non interessa solo le donne in un momento particolare della loro vita ma riguarda un processo fondante su cui si innestano i nostri valori e il nostro essere persone e società.

Come ottemperiamo a questi bisogni? Come abbiamo visto più volte in queste pagine, la prospettiva biomedica non riesce a offrire una risposta adeguata e sufficiente ai diversi attori in campo. Il modello assistenziale che propone il parto a domicilio e in casa maternità offre risposte proprie. In parte, nella teoria, si tratta di questioni comuni al modello umanizzato di parto e a un'assistenza ospedaliera basata sulla fisiologia e sull'approccio centrato sulla donna e sul bambino. Nella pratica, si tratta di una modalità di accompagnamento alla nascita (in cui l'assistenza è solo una parte del processo) che si innesta su presupposti e assunti difficilmente praticabili in un ambiente sanitario (né in reparto, né in un centro nascita intraospedaliero). Dal mio lavoro emerge chiaramente che nel parto e nella nascita non ospedalieri:

Le donne

- Le donne con gravidanza fisiologica possono godere di un'assistenza sicura ed efficace, che comporta meno interventi innessari rispetto all'assistenza medica, a fronte di rischi simili. Possono inoltre godere della continuità dell'assistenza, che le evidenze scientifiche indicano come la modalità più efficace di accompagnare il processo gravidanza-parto-puerperio¹³.
- Le donne possono essere rispettate nel loro processo, nel senso ampio di cui abbiamo parlato. In un modello di assistenza personalizzato e non interventista, fondato sui bisogni che la donna e il bambino di volta in volta esprimono, questo concetto può essere praticato nella quotidianità e non rimane soltanto un'intenzionalità.
- Le donne sono soddisfatte della loro esperienza e ciò si ripercuote in maniera positiva nelle dinamiche familiari e nell'accudimento del bambino. La loro soddisfazione rimanda alla possibilità di esercitare i loro diritti riproduttivi (libertà di scelta) e di innescare e/o rafforzare processi di *empowerment* che provocano ricadute positive nella loro vita in generale.
- I bambini possono essere anch'essi rispettati nei loro processi e godere di una nascita "dolce", che permette loro di venire al mondo secondo i tempi e le modalità che la fisiologia ha predisposto.
- I padri o altri familiari possono assumere un ruolo attivo e propositivo, secondo i loro desideri e quelli della madre. Non vi sono momenti di separazione netti nell'accoglimento del bambino e nella formazione della triade e/o nel coinvolgimento di eventuali fratelli e sorelle.

Le istituzioni

- Per le donne con gravidanza fisiologica opportunamente selezionate, le istituzioni possono garantire un servizio di parto domiciliare gratuito e accessibile in sicurezza, come già accade in Emilia Romagna e in molti altri Paesi europei ed extra-europei.

- Le istituzioni possono ridurre i costi innessari legati a un'eccessiva medicalizzazione del parto e della nascita. Quale costo diretto, il parto non ospedaliero si è rivelato più economico rispetto al parto ospedaliero in diversi Paesi. In Italia non possediamo dati al riguardo, ma già la mancata degenza di una donna che decide di partorire nella sua casa (con rimborso all'80% del costo del suo parto) può far presupporre un costo minore da parte del SSN. Vi sono poi i costi legati a interventi medici di routine in ospedale, che nel caso di un parto domiciliare risultano elusi.
- Le istituzioni possono fornire percorsi di formazione innovativi, qualificando il parto domiciliare e in casa maternità quali scenari di apprendimento che offrono competenze assistenziali, socioculturali e comunicative arricchenti i tradizionali curricula e *setting* formativi del personale sanitario.

I professionisti della salute

- Attraverso il confronto con modalità assistenziali non ospedaliere, i professionisti della salute impiegati nell'assistenza al parto possono apprendere nuovi approcci e tecniche, aggiornare le loro competenze e rafforzare la prospettiva fisiologica al processo riproduttivo, retroalimentando la formazione biomedica e la pratica lavorativa.
- I professionisti della salute, accogliendo competenze diversificate nella loro formazione, possono rafforzare la propria autonomia, il lavoro di gruppo e la capacità di ridiscutere i propri assunti e le proprie pratiche alla luce di nuovi contesti.
- Le ostetriche libere professioniste che assistono a domicilio possono lavorare in modo più integrato rispetto ai servizi ospedalieri e ai servizi del territorio, con beneficio reciproco e per la donna.

I cittadini, infine, si riapproprierebbero del diritto alla scelta e del diritto a una nascita «senza violenza». Sono diritti che, purtroppo, a volte vengono lesi. Non voglio sostenere che il nostro modello di nascita sia sempre violento. Vi sono ospedali in cui l'at-

tenzione al benessere della mamma e del bambino sono perseguiti, così come professionisti eccezionali che operano ogni giorno con le migliori intenzioni e competenze; ma l'interventismo innecessario, a mio avviso, lo è.

Nei mesi conclusivi la mia ricerca – come ho accennato nell'introduzione a questo volume – mi sono imbattuta in un concetto a me sconosciuto: quello di «violenza ostetrica». Un concetto che rimanda alla violenza di genere e alla violazione dei diritti umani nell'assistenza al parto e alla nascita e che, nel suo nucleo fondante, denuncia l'abuso di medicalizzazione e il trattamento disumano e non rispettoso cui a volte le donne sono sottoposte durante questi momenti. Nel 2014, come abbiamo già visto, l'OMS ha emanato una dichiarazione a questo proposito, sottolineando come ciò accada in tutti i Paesi del mondo. Grazie al già menzionato sostegno economico di un secondo finanziamento europeo *Marie Skłodowska Curie Grant*, potrò in questi anni, comprendere meglio se e come questo concetto nato in America Latina possa essere utile anche in Europa, per contribuire a quella riflessione critica sui nostri modelli di assistenza al parto e alla nascita, che più volte ho auspicato.

Il mio percorso di ricerca pluriennale, iniziato quasi vent'anni fa in Honduras, proseguito in Messico, in Europa e ora giunto in Argentina – dove mi trovo mentre sto scrivendo queste parole proprie per studiare la violenza ostetrica – intende essere un contributo a questo processo. Un piccolo tassello, per tentare di comprendere una lunga e complessa storia della nostra società: quella legata al dare la vita. Dipenderà dall'acutezza dei nostri politici, dall'intelligenza della nostra classe medica, dalla spinta dal basso che ogni comunità in certi momenti storici è capace di offrire e dall'impegno di ogni singolo cittadino, intraprendere nuovi percorsi o meno, in merito al modo in cui farlo e riuscire, forse, a trasformare il «prendersi cura di» nella vera ricchezza delle nazioni contemporanee, come auspica l'antropologa e attivista americana Riane Eisler (Eisler, 2015).

Personalmente, mi auguro di poter crescere i miei figli in un Paese capace di ridiscutere le proprie certezze e di scommettere su inedite sfide, nel campo della salute e altrove.

Note

¹ Intervista a Rosanna, ginecologa, 2013.

² Ricordo che durante i cinque anni di ricerca sono nati i miei due bambini.

³ Un interessante esercizio etnografico in questo senso è il documentario *Il primo respiro* di Gille de Maistre (2007), in cui si racconta la storia di una decina di nascite in culture molto differenti.

⁴ L'antropoiesi è un processo costruzione dell'essere umano attraverso pratiche e dispositivi simbolici che tutte le culture mettono in campo nei processi di costruzione identitaria (Remotti, 1999).

⁵ www.treccani.it, consultato il 30 giugno 2016.

⁶ Il consenso informato è un diritto alla persona che trova fondamento nella Costituzione e nella Convenzione sui diritti dell'Uomo e sulla biomedicina (art. 5), ratificata in Italia con la legge 145/2001. Si tratta di uno strumento importante che dovrebbe facilitare una co-costruzione dell'iter terapeutico o assistenziale tra personale sanitario e pazienti (cfr. Quaranta, Ricca, 2012).

⁷ La profilassi antibiotica di Credè per prevenire la congiuntivite batterica è stata introdotta nel nostro Paese nel 1888 e resa obbligatoria in dal D.M. n. 249 del 1940. Da allora il nostro sistema sanitario non l'ha mai messa in discussione e la considera una pratica standard nei confronti del neonato (al pari della somministrazione di vitamina K). Le evidenze scientifiche però non sono concordi in merito alla sua efficacia e innocuità e da più parti si suggeriscono maggiori studi (Ulrich, Shaller, Volker, 2001).

⁸ Marsden Wagner (1930-2014) è stato un esponente di primo piano nel dibattito in merito alla eccessiva medicalizzazione del parto. Dal suo osservatorio di epidemiologo perinatale e di direttore del *Women's and Children's Health Department* dell'Organizzazione Mondiale della Sanità è stato spesso voce dissidente e fuori dal coro, nel sostenere l'approccio fisiologico al parto e alla gravidanza, l'importanza dell'arte ostetrica e la rilevanza di modalità di assistenza non ospedaliera (Wagner, 2011, 2005, 2006).

⁹ Per esempio, la PsicoNeuroEndocrinoImmunologia (PNEI), che si occupa delle relazioni tra psiche e sistemi di regolazione dell'organismo umano, come quello endocrino, nervoso e immunitario (Bottacioli, 2015). Tale approccio è interessante anche in applicazione al parto e alla nascita (Rossetti, 2014). Anche l'etnopsichiatria ha offerto molti contributi in merito alla relazione psiche-cultura-organismo (Coppo, 2013).

¹⁰ Vedasi, per esempio, il lavoro del gruppo Human Right in Childbirth, www.humanrightsinchildbirth.org

¹¹ La «sindrome del *burnout*» è un disagio psicofisico connesso al lavoro che interessa, in varia misura, diversi operatori e professionisti impegnati quotidianamente e ripetutamente in attività che implicano le relazioni interpersonali (Maslach, 1997).

¹² Nei Paesi Bassi le ostetriche incontrano le scuole di diverso ordine e grado per parlare alle alunne e agli alunni della nascita e del parto. Ho provato a chiedere a una ventina di ragazzini e ragazzine italiani frequentanti la seconda classe di una scuola secondaria di primo grado se sapessero chi fosse un'ostetrica. Mi ha risposto positivamente solo un alunno («una signora che aiuta a far nascere i bambini»), la cui mamma aveva partorito in casa. Una società che, attraverso uno dei suoi apparati formativi più importanti, è interessata a trasmettere l'idea della nascita come un evento «normale» e «felice» della vita di una famiglia (e non traumatico e fonte di problemi, come appare in alcune serie televisive dirette agli adolescenti) non può che essere presa a modello, a mio avviso.

¹³ Cfr. Hodnett, Gates, Hofmeyr *et al.*, 2013.

Postfazione

Marta Campiotti

Presidente dell'Associazione Nazionale Ostetriche Parto a Domicilio e Casa Maternità

Eccomi alla fine della lettura del libro di Patrizia Quattrocchi: un testo incredibilmente preciso, denso e colto.

Uno sguardo antropologico, in realtà interdisciplinare, che mostra competenze e saperi molteplici di una donna che è entrata con passione irresistibile nel mondo della nascita.

E per questo ci sentiamo un po' sorelle.

Ora, mi sento bene e gliene sono grata. Come se l'autrice, in modo intimo e pervicace, avesse messo in ordine il mio armadio. Questo libro sa dare una sequenza, fatta da campi allargati o primi piani, alla storia del parto in casa in Italia, e quindi anche alla mia storia personale di vita e probabilmente anche a quella di tutte le mie colleghe.

Cosa sta cambiando ora?

Nell'ottobre del 2016 la nostra Associazione ha realizzato un Convegno a Milano: *Nascere in casa si può: noi ci siamo*, dove finalmente il nostro sapere è diventato visibile, pubblico, politico.

Tutte le relazioni sono state messe su un canale YouTube e sono ora a disposizione di tutte le donne. Linguaggio scientifico, ma anche creativo, danza, recitazione, tavole rotonde.

Ci siamo esposte, noi dello storico Coordinamento, accompagnate oramai da decine di giovani ostetriche che stanno scegliendo la libera professione.

La ricerca, anche quella italiana, che sta continuando con l'indispensabile supporto dell'Istituto Mario Negri di Milano, ha confermato che gli esiti delle assistenze extraospedaliere sono buoni.

Ciononostante abbiamo ricevuto attacchi forti dalla SIN-Società dei Neonatologi Italiani e da alcune riviste di settore. Ma andia-

mo avanti: abbiamo aggiornato le nostre Linee Guida, che saranno a breve disponibili sul sito www.nascereacasa.it, anche se ora le pubblicazioni del NICE danno sufficienti indicazioni precise. Nella realtà, non bastano da sole le liste di indicazioni «si può/non si può» a guidare le nostre scelte professionali, le situazioni sono sempre uniche e le storie molteplici.

Il nostro motto, infatti, è «assistenza appropriata» dove l'appropriatezza professionale di chi lavora per la salute della nascita è il saper scegliere nel qui ed ora di ogni situazione. E lo abbiamo compreso sulla nostra pelle: non scelgono solo le donne, scelgono anche le ostetriche.

Negli anni trascorsi dall'intervista sono cambiate tante cose. Le donne sono più in difficoltà, l'età materna è avanzata, sono aumentate le richieste di fecondazione assistita, tanti sono i primi figli nati con cesarei iatrogeni, la salute di base è più fragile. E poi: il partner, autorizzato ad entrare con più autorità sulla scena del parto, in realtà spinge spesso la donna verso l'epidurale o sostiene meno di un tempo la scelta del domicilio. Questo è quello con cui ci confrontiamo ogni giorno. La fisiologia, la salute, il benessere vanno ricercati, conquistati, imparati. Dal di dentro, dentro un percorso che dura quanto una gravidanza, e poi è nell'intimo del cuore e della corporeità sentita che si arriva a scegliere in sicurezza cosa è meglio per sé, mai solo sulla scia delle evidenze scientifiche. Si sceglie perché ci si fida di un corpo sano e forte e di un bambino ben presente dentro nel pancione, si sceglie perché ci si sente bene e non si ha paura nel profondo dell'anima.

Si sceglie con una consapevolezza e dentro una relazione perché «la mia ostetrica è con me». Si sceglie quando l'istinto mi porta lì, dentro quella tana.

E questo libro ha saputo anche entrare discretamente nella tana, attraverso i racconti delle mamme e delle ostetriche, e così forse molte più mamme ed ostetriche potranno immaginarsi gli sguardi, le parole, l'energia che si sprigiona in una casa quando, semplicemente, nasce un bambino.

Appendice

Strumenti di lavoro. Alcuni esempi

CONSENSO INFORMATO

Università degli Studi di Udine
Via Petracco 8, 33100 Udine (Italia)

Oggetto: Partecipazione volontaria allo studio *“Un Codice interculturale ed etico sul parto. Dialogo tra direttive istituzionali ed esigenze delle donne.”*

Il presente consenso informato è costituito da due parti:

1. Informazioni sul progetto (per condividere informazioni sullo studio)
2. Certificazione del consenso (da firmare se Lei decide di partecipare)

Le sarà consegnata una copia completa del consenso

PARTE 1. INFORMAZIONI SUL PROGETTO

Obiettivo

La invitiamo a partecipare allo studio *“Un Codice interculturale ed etico sul parto. Dialogo tra direttive istituzionali ed esigenze delle donne”*, che sarà condotto dalla dott.ssa Patrizia Quattrocchi, ricercatrice presso il dipartimento di Scienze Umane dell'Università degli Studi di Udine (Italia). Il progetto ha una durata totale di 4 anni (2010-2014/aprile 2015) ed è finanziato dal programma europeo 7PQ *Marie Curie*.

La ricerca intende analizzare le esperienze e il punto di vista delle donne, delle ostetriche, dei medici e degli esperti in merito al parto. In particolare, si analizzeranno politiche e pratiche che riguardano il parto extra-ospedaliero (domiciliare e/o nelle strutture quali Case della Maternità) in tre paesi europei: Italia, Spagna e Olanda. L'obiettivo è di fornire indicazioni per migliorare politiche e pratiche relative al percorso della nascita sia a livello nazionale che europeo.

La sua esperienza quale donna in gravidanza/madre/professionista della salute/esperto/a può notevolmente contribuire alla comprensione e alla conoscenza di questi aspetti.

Raccolta e trattamento dei dati

Ogni informazione sarà raccolta e trattata in maniera confidenziale, in modo da garantirle la piena tutela del diritto alla privacy. La sicurezza dei dati personali sarà garantita in accordo alla legislazione europea e nazionale.

Se Lei decidesse di partecipare, le sarà chiesto di rispondere a una intervista e/o compilare un questionario e/o partecipare a una discussione di gruppo.

La durata dell'intervista sarà di circa un'ora. Sessioni successive (normalmente una o due) per approfondire alcune questioni emerse durante la prima intervista potrebbero essere necessarie. Durante l'intervista la ricercatrice sarà seduta accanto a Lei, in un luogo che Lei considererà confortevole, per esempio a casa sua o in altro luogo. Nessuno, oltre a Lei e alla ricercatrice, sarà presente durante la conversazione, salvo che Lei non lo desideri. La durata della discussione di gruppo durerà circa 2 ore.

I temi dell'intervista/del questionario/della discussione di gruppo riguarderanno la sua esperienza (personale o professionale) e il suo punto di vista in merito al processo del parto. La ricercatrice potrebbe chiederle informazioni personali e sensibili, riguardo a questioni legate alla salute riproduttiva, abitudini personali, vita privata ecc. Se dovesse sentire un senso di disagio o di imbarazzo nell'affrontare alcune questioni, non vi sarà alcun obbligo da parte Sua nel rispondere. In questo caso, non dovrà nemmeno spiegare alla ricercatrice le ragioni che la conducono a non rispondere a tali domande.

L'intervista/la discussione di gruppo sarà registrata per permettere alla ricercatrice la trascrizione letterale della conversazione e l'analisi del dialogo nella sua interezza, come previsto dalla metodologia del progetto. Nessun dato identificativo (nome completo, indirizzo, ecc) sarà registrato.

Le interviste/dialoghi registrati saranno trascritti dalla ricercatrice in documenti di testo (*file*). I *file* saranno archiviati in una base dati (creata e gestita dalla sola ricercatrice) e conservati in un ambiente sicuro (nel computer della ricercatrice presso l'Università). L'accesso ai dati sarà protetto e bloccato attraverso un account personale (Identificativo della ricercatrice e password), secondo quanto previsto nelle procedure di sicurezza dall'Università (Documento Programmatico per la sicurezza dei dati personali). Anche eventuali copie di salvataggio (*backup*) saranno mantenute e accessibili secondo le norme di sicurezza.

Nessun dato personale che possa identificarla sarà usato per analizzare le informazioni che Lei ci avrà offerto. Le interviste saranno rese anonime e nessun dato identificativo sarà presente (salvo sua esplicita richiesta).

Per interpretare i dati la ricercatrice metterà in relazione temi e categorie emerse durante le interviste svolte (con Lei e con altre persone partecipanti), in modo da ricostruire “ciò che gli intervistati pensano del parto e che esperienza ne hanno”, in modo anonimo e generalizzato.

In nessun caso e in nessun momento i dati e le informazioni raccolte potranno essere utilizzate in contesti e con finalità differenti da quelli previsti nel progetto di ricerca. In nessun caso e in nessun momento i dati e le informazioni raccolte potranno essere inviati a soggetti terzi o utilizzati da soggetti terzi.

I dati saranno utilizzati per i soli fini della ricerca e per i tempi previsti da questa, una volta terminato il periodo di ricerca i dati personali saranno conservati e/o eliminati secondo le procedure previste dall'Università (macero per documenti cartacei ed eliminazione elettronica per dati informatizzati).

Publicazione e diffusione dei risultati della ricerca

I risultati della ricerca saranno resi pubblici attraverso pubblicazioni e conferenze. Ciò significa che anche altre persone potranno sapere dello studio ma nulla del suo contenuto potrà essere ricondotto alla sua persona. In caso di diretta citazione

di una parte dell'intervista, l'anonimato sarà garantito nella seguente forma: "...citazione....." (Intervista a X., donna italiana, oppure Intervista a Y., ostetrica italiana).

Partecipazione volontaria

La Sua partecipazione è volontaria e gratuita. Nessun costo riguardante l'effettuazione dell'intervista le potrà essere richiesto. Lei non dovrà decidere oggi stesso se prendere parte allo studio. Prima di decidere, potrà parlare con chiunque in merito alla ricerca e alla possibilità di parteciparvi.

Benefici

Sebbene per Lei non vi siano dei benefici diretti riscontrabili nell'immediato e a livello individuale, il suo contributo sarà di beneficio dell'intera collettività, perché parte di un processo che condurrà a una migliore comprensione della tematica oggetto della ricerca e alla risposta alle domande scientifiche su cui la ricerca si fonda.

Ulteriori informazioni

Per qualsiasi dubbio o richiesta di delucidazioni sulla ricerca, sulla sua partecipazione e/o sulla ricercatrice che la condurrà Lei potrà contattare in ogni momento il Dipartimento di Scienze Umane dell'Università degli Studi di Udine Via Petracco 8, Udine (Italia), Tel. 0039-0432556900, o la stessa ricercatrice Dott.ssa Patrizia Quattrocchi, e-mail: patrizia.quattrocchi@uniud.it, telefono 0432556912.

PARTE 2. CERTIFICAZIONE DEL CONSENSO

La Sua firma indica che Lei ha letto e compreso le informazioni presenti nella Parte 1 del presente documento e che decide liberamente di partecipare allo studio. Lei potrà ritirarsi dallo studio in qualsiasi momento e senza alcuna conseguenza. Non è prevista alcuna sanzione, né di tipo penale, legale o amministrativa o di qualsiasi altro tipo. La ricercatrice le consegnerà una copia del presente documento.

Il/la partecipante

Firma

Data

GRIGLIA INTERVISTA DONNA ITALIANA

Biografia/vita riproduttiva/parti antecedenti

Scelta

- Scelta di partorire in casa: come è avvenuta; perché; informazione previa su parto in casa; aspettative/immaginario; ruolo aspetti economico/logistico/intellettuale
- Scelta dell'ostetrica (come è avvenuto il contatto; quando; in base a che parametri è stata scelta; prime impressioni; sue caratteristiche positive e no; dubbi e incertezze; rapporto
- Ruolo del partner
- Ruolo rete sociale

Percorso in gravidanza

- Esperienza/vissuto della gravidanza (momenti chiave)
- Visite e consulte (quante? Come, cosa?)
- Rapporto con ostetrica
- Rapporto con altri professionisti (ginecologi, ospedali)

Il parto

- L'esperienza del parto (travaglio, espulsivo, secondamento: placenta; rapporto con dolore; bisogni/non bisogni)
- Nascita
- Ruolo donna
- Ruolo ostetrica
- Ruolo partner/altri figli
- Ruolo rete sociale
- L'ambiente/casa
- Aspettative/realità (il non detto, situazioni insolite, desideri insoddisfatti)
- Confronto con parto antecedente (se esistente) e/o ospedaliero
- Luoghi comuni da sfatare/confermare

Il post-partum

- Esperienza/vissuto primi giorni/primi mesi
- Bonding/allattamento/attaccamento/tipologia di accudimento
- Ruolo ostetrica
- Ruolo partner/rete sociale

Aspettative/realità

Contatti dell'intervistata e persone consigliate/conosciute da contattare

GRIGLIA INTERVISTA OSTETRICA LIBERA PROFESSIONISTA

Formazione

- Formazione/studi/motivi della scelta di fare questo lavoro
- Scelta di lavorare come libera professionista: percorso
- Libera professionista: pro/contro: cosa significa lavorare come libera professionista in Italia oggi?

Attività

- Perché in casa (cosa si contesta al percorso medicalizzato)
- Come si partorisce in ospedale (opinione, esperienza)
- Differenze e similitudini rispetto alle ostetriche ospedaliere (competenze, responsabilità, pratiche, saperi, ecc.)
- Assistenza e accompagnamento prima/durante/dopo la gravidanza: attività, protocolli e linee guida
- Racconto del primo parto extra-ospedaliero assistito/parto più difficile
- Caratteristiche possedute e ritenute fondamentali quando si assiste in casa
- Ha figli? Il suo parto ha influito sul suo lavoro?

Tipologie

- Parto in casa
- Casa Maternità
- Donne che partoriscono da sole
- Centri nascita ospedalieri (umanizzazione ambienti ospedalieri ecc.)

Donne

- Tipologia di donne assistite (età, status socio-economico, aspettative/esigenze)
- Come arrivano? Informazione/ruolo dei media/come le professioniste si fanno conoscere?
- Ruolo del partner e della famiglia nella scelta e nel percorso
- Gestione del dolore: epidurale/analgesia naturale
- Cambiamenti generazionali
- Donne straniere: potenzialità parto domiciliare/politica interculturale

Contesto politico

- Percorsi non ospedalieri: situazione (legislazione, rimborsi, politiche pubbliche, a che punto siamo?)
- Proposte fatte al governo centrale/ istituzioni locali?
- Cosa sarebbe necessario per lavorare meglio?
- Cosa accadrà in futuro?

Rapporti con colleghe/istituzioni

- Tentativi di collaborazione con ospedali?
- Rapporto con colleghe ospedaliere?
- Rapporto con ginecologi e medici?
- Rapporto tra colleghe che lavorano fuori dagli ospedali?
- Associazioni che le rappresentano?
- Federazione? Collegi?

Dati biografici, età, figli

Contatti e persone da contattare

GRIGLIA FOCUS GROUP

OSTETRICHE PROGETTO PARTO A DOMICILIO
Emilia Romagna

1. PRESENTAZIONE

- Breve presentazione di ciascuna: formazione, principali esperienze lavorative, da quando nel progetto «assistenza a domicilio».
- Perché la decisione di aderire al progetto?

2. FORMAZIONE

- che esperienza/conoscenza/opinione avevate quando avete iniziato in merito al parto a domicilio?
- che formazione in merito al parto a domicilio avevate quando avete iniziato?
- Vi è stata formazione-aggiornamento successivi?
- È necessaria una formazione “specificata” rispetto a quella “tradizionale” o no?

2.1 FORMAZIONE

- Che tipo di formazione necessita l'ostetrica che assiste a domicilio?
- Come e chi dovrebbe formare le ostetriche che vogliono lavorare a domicilio?
- Che caratteristiche/qualità/attitudini/competenze deve avere un'ostetrica per assistere a domicilio? Sono le stesse di un'ostetrica che assiste solo in ospedale?

3. IL PERCORSO

- Vi sono dei “cambiamenti” (nelle competenze, qualità, attitudini, nella visione, nel lavoro pratico) a cui vi ha condotto l'assistenza domiciliare?

4. CONDIVISIONE DI ESPERIENZE

- Il primo parto a domicilio
- Un parto che ricordo particolarmente

5. MODALITÀ ASSISTENZA

- Iter burocratico/assistenziale gravidanza/parto/puerperio. Continuità assistenza?
- Peculiarità dell'assistenza domiciliare
- Diversità tra assistenza domiciliare e ospedaliera (per chi assiste, per la madre, per il neonato per il padre)
- “Vantaggi” e “svantaggi” delle due modalità

6. DIALOGO

- Cosa può “offrire” (in termini di miglioramento del servizio) il parto ospedaliero al parto domiciliare?
- E il parto domiciliare cosa può offrire a quello ospedaliero?

7. EROGAZIONE DEL SERVIZIO

- Positività del progetto e del servizio
- Criticità del progetto e del servizio: dove/in cosa si potrebbe migliorare?
- Quale futuro?

8. LE DONNE/LE COPPIE

- Chi sono? Come arrivano, informazione
- Le donne e le coppie sono soddisfatte/lamentano
- Donne immigrate?

9. ALTRE MODALITÀ

- Case maternità
- Centri nascita intra-ospedalieri

10. RAPPORTO CON ASSISTENZA DOMICILIARE PRIVATA

11. RAPPORTO CON ALTRI PROFESSIONISTI DELLA SALUTE

12. A CHE PUNTO SIAMO?

DOVE STIAMO ANDANDO?

	CUESTIONARIO COMADRONAS FORMACIÓN Y TRABAJO
Titulación o formación	
Lugar de titulación y año	
Año inicio trabajo	
Principales lugares de trabajo y períodos (domicilio, casa de parto, clínicas, hospitales, etc.)	
Lugar de trabajo actual	
Afiliación a alguna asociación, grupo de trabajo nacional o internacional	
Qué necesitaría Usted para que su trabajo sea mejor/más fácil?	
Comentarios, notas, sugerencias con respecto a la investigación "Codeonbirth" Sugerencias con respecto a personas/instituciones a contactar, temas a profundizar, documentos a revisar etc.	
	DATOS PERSONALES
NOMBRE Y APELLIDO	
EDAD	
LUGAR DE RESIDENCIA	
CONTACTO (E-MAIL, TEL, ETC)	

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

“UN CÓDIGO INTERCULTURAL Y ÉTICO SOBRE EL PARTO.
DIÁLOGO ENTRE DIRECTRICES INSTITUCIONALES Y NECESIDADES DE LAS MUJERES”**Investigadora**

Dra. Patrizia Quattrocchi, antropologa

Adscripción

Universidad de Udine, Italia

Subvención

Unión Europea, 7PM/2007-2013, contratación n° 256422

Duración

2010-2014

Correo electrónico

patrizia.quattrocchi@uniud.it

Introducción

Se pretende analizar las políticas y las prácticas sobre el parto domiciliario y en Casa de Nacimiento en tres países europeos: Italia, España y Holanda. Se analizarán las experiencias de las matronas y de las mujeres y el discurso oficial: las directrices internacionales, las políticas locales, la aproximación biomédica y obstétrica.

Objetivo

El objetivo es la construcción de un Código Intercultural y Ético sobre el Parto: un instrumento innovador producto del diálogo *horizontal* entre los distintos actores y entre diversas visiones del cuerpo, de la salud y del proceso reproductivo. El Código contribuirá a mejorar las políticas y las prácticas a nivel europeo, innovar la formación del personal de salud, resolver conflictos en el ejercicio de los derechos reproductivos.

Materiales y métodos

Marco teórico: antropología médica de corte crítico-interpretativo.

Metodología: cualitativa; basada en entrevistas abiertas, estudio de casos, observación de dinámicas y procesos.

Difusión de los resultados: publicaciones científicas; congresos y eventos; didáctica.

Discusión y conclusión

Los antecedentes remiten al trabajo plurinacional sobre el parto y el nacimiento entre los Lenca de Honduras (1998) y los Mayas de Yucatán, México (2000-2009).

Pese al contexto muy distinto, las preocupaciones de las mujeres y de las parteras pertenecen también a las mujeres europeas: ¿Quién decide sobre mi cuerpo y mi salud? ¿Qué quiero y qué necesito como mujer y como mamá? ¿Cómo puedo defender mis conocimientos y mis deseos frente a una medicalización cada vez más creciente?

De allí las preguntas de investigación: ¿Puede ser el parto domiciliario y en la Casa de Nacimiento una modalidad sustentable (a nivel político, económico, social y cultural) para lograr una atención más adecuada a las exigencias y expectativas de las mujeres, sin renunciar a los aportes biomédicos, cuándo necesarios? ¿Puede constituir un modelo de atención intercultural, adecuado también para las mujeres inmigrantes que proceden de áreas en las cuales el parto domiciliario sigue siendo muy difuso? La brecha entre directrices de la OMS y políticas y protocolos nacionales y locales constituyen el punto de partida del análisis.

Invitación a participar

Su experiencia como matrona/mujer/profesional contribuirá al avance del estudio.

La investigadora está a disposición durante este evento

y en futuras ocasiones.

Bibliografia

- Ackermann-Liebrich U., Voegeli T., Gunter-Witt K. 1996, *Home versus hospital deliveries, follow up study of matched pairs for procedures and outcome*, in «BMJ-British Medical Journal», vol. 313, n. 7068, pp. 1276-1277.
- Amelik-Verburg M.P. 2011, *The role of primary care midwives in the Netherlands. Evaluation of midwifery care in the Dutch maternity care system: a descriptive study*, Den Haag, Pasmans Offsetdrukkerij.
- Amelik-Verburg M.P., Verloove-Vanhorick S.P., HakkenBerg R.M., Veldhuijzen I.M., Bennebroek Gravenhorst J., Buitendijk S.E. 2008, *Evaluation of 280,000 cases in Dutch midwifery practices: a descriptive study*, in «BJOG-International Journal of Obstetrics and Gynecology», vol. 115, n. 5, pp. 570-578.
- American Association of Birth Centers 2011, *Birt Centers*, American Association of Birth Centers.
- Anderson R.E., Murphy P.A. 1995, *Planned home births attended by certified nurse-midwives*, in «Journal Nurse Midwifery», vol. 40, n. 6, pp. 483-492.
- Anderson R.E., Anderson D. 1999, *The cost effectiveness of home birth*, in «Journal of Nurse-Midwifery», vol. 44, n. 1, pp. 30-35.
- Arsieri R., Formisano V., Pugliesi A., Saporito M., Triassi M. 2002, *Prevalenza di cesarei e tipo di struttura di parto in Campania, Ben-Bollettino nazionale epidemiologico*, Roma, Istituto Superiore di Sanità.
- Arsieri R., Pugliesi A., Saporito M., Triassi M. 2005, *Rapporto sulla Nascita in Campania 2003*, Napoli, Regione Campania, Università degli Studi Federico II.
- Artschwager K.M. 1982, *Anthropology of human birth*, F.A. Philadelphia, Davis Company.

- Atkinson P., Delamont S., Coffey A. 2003, *Key Themes in Qualitative Research: Continuities and Changes*, California, Altamira Press.
- Azienda Ospedaliera Arcispedale S. Maria Nuova 2011, *Statistiche parto a domicilio*, Reggio Emilia, Azienda Ospedaliera Arcispedale S. Maria Nuova (power point non pubblicato).
- Baer H.A., Singer M., Susser I. 2003, *Medical Anthropology and the world system*, London, Praeger.
- Bardin L. 1991, *Análisis de contenido*, Madrid, Editorial Akal.
- Baronciani D., Basevi V., Battaglia S., Caranci N., Lupi C., Perrone E., Simoni S., Verdini E. (a cura di) 2010, *La nascita in Emilia Romagna. Ottavo rapporto sui dati del Certificato di Assistenza al Parto (CedAP) - Anno 2009*, Regione Emilia Romagna.
- Baronciani D., Basevi V., Battaglia S., Caranci N., Lupi C., Nicastro G., Perrone E., Simoni S., Verdini E. (a cura di) 2011, *La nascita in Emilia Romagna. Nono rapporto sui dati del Certificato di Assistenza al Parto (CedAP) - Anno 2012*, Regione Emilia Romagna.
- Baronciani D., Basevi V., Battaglia S., Caranci N., Lupi C., Nicastro G., Perrone E., Simoni S., Verdini E. (a cura di) 2012, *La nascita in Emilia Romagna. Nono rapporto sui dati del Certificato di Assistenza al Parto (CedAP) - Anno 2011*, Regione Emilia Romagna.
- Baronciani D., Basevi V., Battaglia S., Lupi C., Perrone E., Simoni S., Verdini E. (a cura di) 2013, *La nascita in Emilia Romagna. Decimo rapporto sui dati del Certificato di Assistenza al Parto (CedAP) - Anno 2012*, Regione Emilia Romagna.
- Baronciani D., Basevi V., Battaglia S., Lupi C., Perrone E., Simoni S., Verdini E. (a cura di) 2014, *La nascita in Emilia Romagna. Undicesimo rapporto sui dati del Certificato di Assistenza al parto (CedAP) - Anno 2013*, Regione Emilia Romagna.
- Basevi V., Gori G., Cerrone L. 1999, *Attuazione in Italia delle Raccomandazioni dell'O.M.S. Dati disponibili e proposte per migliorare il sistema formativo sui dati perinatali*, in AA.VV 1999, 1985-1997. *Le raccomandazioni dell'OMS 12 anni dopo e i cambiamenti nella assistenza alla nascita*, Quaderno n. 2, Associazione Andria, Lugo di Ravenna, Ravenna Litografia Lughese, pp. 15-23.

- Basevi V., Battaglia S., Caranci N., Lupi C., Perrone E., Simoni S., Verdini E. (a cura di) 2015, *La nascita in Emilia Romagna. Dodicesimo rapporto Certificato di Assistenza al Parto (CedAP) - Anno 2014*, Regione Emilia Romagna.
- Bashiri N., Spielvogel A.M. 1999, *Postpartum depression: A cross-cultural perspective*, in «Primary Care Update for Obstetrics and Gynecologist», vol. 6, n. 3, pp. 82-87.
- Basili F., Cocchi M., Di Rosa A., Tamburini C. 2013, *Certificato di Assistenza al Parto (CedAP). Analisi dell'evento nascita - Anno 2010*, Roma, Ministero della Salute.
- Basili F., Di Rosa A., Montorio V., Tamburini C. 2014, *Certificato di Assistenza al Parto (CedAP). Analisi dell'evento nascita - Anno 2011*, Roma, Ministero della Salute.
- Battaglia S., Brambilla A., Castelli E., Donatini A., Lupi C., Paganelli A., Verdini E. 2008, *La nascita in Emilia Romagna. Quinto rapporto sui dati del Certificato di Assistenza al parto (CedAP) - Anno 2007. Dati di sintesi*, Azienda Usl di Reggio Emilia, Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia.
- Bestetti G., Colombo G., Regalia A. 2005, *Mani sul parto, mani nel parto. Mantenere normale la nascita*, Roma, Carocci.
- Betrán P.A., Merialdi M., Jeremy A.L., Bing-shun W., Thomas J. 2007, *Rates of caesarean section: analysis of global, regional and national estimates*, in «Paediatric and Perinatal Journal», vol. 21, n. 2, pp. 98-113, DOI: 10.1111/j.1365-3016.2007.00786.
- Bewely S., Cockburn J. 2002, *The unfacts of 'request' caesarean section*, in «BJOG-International Journal of Obstetrics and Gynecology», vol. 109, n. 6, pp. 593-596.
- Birthplace in England Collaborative Group 2011, *Perinatal and maternal outcomes by planned place of birth for healthy women with low risk pregnancies: the Birthplace in England national prospective cohort study*, in «BMJ-British Medical Journal», vol. 343, p. 7400.
- Blásquez Rodríguez M. 2010, *Nosotras parimos. ¿Nosotras decidimos en la atención sanitaria al embarazo, parto y puerperio?*, Atenea-Malaga, Universidad de Malaga.

- Blix E. 2011, *Avoiding disturbance: Midwifery practice in home birth settings in Norway*, in «Midwifery», vol. 28, n. 5, pp. 687-692.
- Boldrini R., Di Cesare M., Tamburini C. 2010, *Ottavo rapporto sull'evento nascita in Italia basato sulla raccolta e analisi dei dati. CedAP 2009*, Roma, Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche sociali.
- Bolten N., De Jonge A., Zwagerman E., Zwagerman P., Klomp T., Zwart J.J., Geerts C.C. 2016, *Effect of planned place of birth on obstetric interventions and maternal outcomes among low-risk women: a cohort study in the Netherlands*, in «BMC-Pregnancy Childbirth», vol. 16, n. 1, p. 329.
- Borgognoni P., Rossi F., Rizzon I. 2011, *Possiamo anche assisterti a casa*, Arcispedale Santa Maria Nuova, Reggio Emilia (powerpoint non pubblicato).
- Bottacioli F. 2015, *I fondamenti scientifici delle relazioni mente-corpo. Le basi razionali della medicina integrata*, Milano, Red Edizioni.
- Boucher D., Bennet C., McFarlin B., Freeze R. 2009, *Staying home to give birth: Why women in the United States choose home birth*, in «Journal of Midwifery & Women's Health», vol. 54, n. 2, pp. 119-126.
- Bourdieu, P. 2003, *Per una teoria della pratica*, Milano, Raffaello Cortina Editore.
- Bowlby J. 1989, *Una base sicura*, Milano, Raffaello Cortina Editore.
- Braibanti L. 2009, *Parto e nascita senza violenza. Dalla gravidanza al parto, ai primi mesi di vita*, Milano, Red Edizioni.
- Brigidi S. 2014, *Observaciones audiovisuales referentes a los significado de prevención, seguridad, riesgo y (re)presión en el embarazo y parto*, in «Periferias, Diálogos y Fronteras», Actas del XIII Congreso de Antropología de la Federación de Asociaciones de Antropología del Estado Español, Universitat Rovira y Virgili, Tarragona, pp. 4239-4249.
- Brocklehurst P., Hardy P., Hollowell J., Linsell L., Macfarlane A., McCourt C. 2011, *Perinatal and maternal outcomes by planned place of birth for healthy women with low risk pregnancies: the Birthplace in England national prospective cohort study*, in «BMJ-British Medical Journal», vol. 343, p. 7400.
- Brouwers H.A., Bruinse W., Dijs-Elsinga J., De Miranda E., Ravelli A., Tamminga P. (eds.) 2010, *Netherlands Perinatal Registry. Perinatal Care in the Netherlands*, Utrecht, Netherlands Perinatal Registry.

- Browner C., Sargent C. (eds.) 2011, *Reproduction, globalization and the State. The theoretical and Ethnographic Perspectives*, Durham-London, Duke University Press.
- Buitendijk S.E. 1993, *How Safe are Dutch Home Births?*, in Van der Mark E.A. (ed.), *Successful Home Birth and Midwifery. The Dutch Model*, Amsterdam, Het Spinhuis, pp. 116-128.
- Campbell R., MacFarlane A. 1994, *Where to be born? The debate and the evidence*, Oxford, National Perinatal Epidemiology Unit.
- Campiotti M. 1993, *Nascere dolce. Dove il cambiamento è una realtà*, I Quaderni del nuovo Stato, n. 6, Milano, Emme Edizioni.
- Campiotti M. (a cura di) 2001, *Linee guida di assistenza al travaglio e parto fisiologico a domicilio*, Varese, Associazione Nazionale Culturale Ostetriche Parto a Domicilio e casa Maternità.
- Campiotti M. 2016, *Casa Maternità: è un luogo speciale*, Varese, Associazione Ostetriche Parto a Domicilio e Casa Maternità.
- Cardini F., Basevi V., Valentini A., Martello A. 1989, *Maxibustione e presentazione podalica: primi risultati*, in Padovani E., Basevi V., Valentini A. (a cura di), *Umanizzazione della nascita e raccomandazioni OMS*, Roma, Edizioni Internazionali.
- Cardini F. 2007, *Una storia di maxibustione*, in «Donna & Donna. Il Giornale delle Ostetriche», n. 56, pp. 31-33.
- Casa de Naixements Migjorn 2010a, *Parir, Néixer i Crèixer*, Barcelona, Icaria Milenrama.
- Casa de Naixements Migjorn 2010b, *Propuesta para el diálogo entre la Casa de Naixements Migjorn y el Hospital General de Manresa 2010*, Sant Vicenç de Castellet, Casa de Naixements Migjorn.
- Catling-Paull C., Foureur M. J., Homer C.S. 2012, *Publicly-funded home-birth models in Australia C.S.*, in «Women Birth», vol. 25, n. 4, pp. 152-158.
- Center for Chronic Disease Control and Prevention and International Federation of Gynecology and Obstetrics 2005, *Safety of home births*, in «BMJ-British Medical Journal», pp. 1416-1419.
- Central Bureau for Statistics 2014, *Statistics 2014*, Amsterdam, The Netherlands.

- Central Intelligence Agency 2015, *World Factbook*, Central Intelligence Agency, Washington DC.
- Chalmers I. 1989, *Evaluating the effects of care during pregnancy and childbirth*, in Chalmers I., Enkin M., Keirse M.J.N.C. (eds.), *Effective Care in Pregnancy and Childbirth*, vol. 1-2, Oxford, Oxford University Press, pp. 3-38.
- Chalmers I., Enkin M., Keirse M.J.N.C. (eds.) 1989, *Effective Care in Pregnancy and Childbirth*, Oxford, Oxford University Press.
- Chalmers B. 1992, *Who appropriate technology for birth revisited*, in «British Journal of Obstetrics and Gynecology», vol. 99, pp. 709-710.
- Chalmers B. 1999, *Hot topics from WHO recommendations towards the Third Millennium*, in AA.VV 1999, *Le raccomandazioni dell'OMS 12 anni dopo e i cambiamenti nella assistenza alla nascita*, Quaderno n. 2, pp. 5-9, Associazione Andria, Lugo di Ravenna, Ravenna Litografia Lughese.
- Chamberlain G., Wraight A., Crowley P. 1997, *The report of the 1994 confidential enquiry by the National Birthday Trust Fund*, London, Hardback.
- Cheney M. 2010, *Born at Home: Cultural and Political Dimensions of Maternity Care in the United States*, Belmont, California, Wadsworth Publishing Company.
- Cochrane 2013, *Cochrane Database of Systematic Reviews 2013*, Published through Cochrane updates on disk.
- Collegi Oficial de Enfermeria de Barcelona 2010, *Guías de asistencia al parto en casa*, Barcelona, Collegi Oficial de Enfermeria.
- Colombo G., Pizzini F., Regalia, A. (a cura di) 1987, *Mettere al mondo. La produzione sociale del parto*, Milano, Franco Angeli.
- Coppo P. 2013, *Le ragioni degli altri. Etnopsichiatria, etnopsicoterapie*, Milano, Cortina Raffaello Editore.
- Cozzi D. (a cura di) 2012, *Le parole dell'antropologia medica*, Perugia, Morlacchi Editore.
- Creedy D., Shochet I., Horsfall J. 2000, *Childbirth and the development of acute trauma symptoms; incidence and contributing factors*, in «Birth», vol. 27, n. 2, pp. 104-111.
- Csordas T.J. 1994, *Embodiment and Experience. The existential ground of culture and self*, Cambridge, Cambridge University Press.

- Cumberlege J. 1993, *Changing Childbirth. The report of the Expert Maternity Group*, London, HMSO.
- Cunningham J.D. 1993, *Experiences of Australian mothers who gave birth either at home, at a birth centre, or in hospital labour wards*, in «Soc Sci Med», vol. 36, n. 4, pp. 475-483.
- Dahlen H., Schmied V., Tracy S.K., Jackson M., Cummings J., Priddis H. 2010, *Home birth and the National Australian Maternity Services Review: Too hot to handle?*, in «Women and Birth », vol. 24, n. 4, pp. 148-155.
- Davis-Floyd R. 1992, *Birth as an American Rite of Passage*, Berkeley, University of California Press.
- Davis-Floyd R., Sargent C. (eds.) 1997, *Childbirth and Authoritative Knowledge. Cross-Cultural Perspectives*, Berkeley, University of California Press.
- Davis-Floyd R., Davis E. 1997, *Intuition as Authoritative Knowledge in Midwifery and Home Birth*, in Davis-Floyd R., Sargent C. (eds.), *Childbirth and Authoritative Knowledge. Cross-Cultural Perspectives*, Berkeley, University of California Press, pp. 315-349.
- Davis-Floyd R., Jenkins G.L. 2005, *Midwifery*, in *Sage Encyclopedia of Anthropology*, California, Sage Publications.
- Davis-Floyd R., Johnson C.B. (eds.) 2006, *Mainstreaming Midwives: The Politics of Change* Paperback, New York, Routledge.
- Davis-Floyd R., Barclay L., Daviss B., Trietten J. (eds.) 2010, *Birth models that work*, Berkeley, University of California Press.
- Davis-Floyd R., Faber M., de Vries R. 2013, *An update on the Netherlands*, in «Midwifery Today with International Midwife», pp. 54-59
- Daysal M., Trandafir M., Van Ewijk R. 2012, *Saving Lives at Birth: The Impact of Home Births on Infant Outcomes*, Bonn, IZA Discussion Paper n. 6879.
- De Geus M., Cadée F. 2015, *Midwifery in The Netherlands*, Franka Cadée, The Royal Dutch Organization of Midwives.
- De Jonge A., Van der Goes B., Ravelli A., Amelink-Verburga M., Mol B., Nijhuis J., Bennebroek Gravenhorst J., Buitendijk S. 2009, *Perinatal mortality and morbidity in a nation-wide cohort of 529,688 low-risk planned home and hospital births*, in «BJOG-International Journal of Obstetrics and Gynecology», DOI: 10.1111/j.1471-0528.2009.02175.x.

- De Jonge A., Mesman J.A.J.M., Mannien J., Zwart J.J., Van Dillen J., Van Roosmalen J. 2013, *Severe adverse maternal outcomes among low risk women with planned home versus hospital births in the Netherlands: nationwide cohort study*, in «BMJ-British Medical Journal», vol. 346, p. 3263, DOI: 10.1136/bmj.f3263.
- De Vries R. 2004, *A pleasing Birth. Midwives and Maternity Care in Netherlands*, Philadelphia, Temple University Press.
- De Vries R., Buitendijk S. 2012, *Science, safety and place of birth: lessons from the Netherlands*, in «European Obstet and Gynaecol Suppl», vol. 1, pp. 13-17.
- Dimond B. 2000, *Is there a legal right to a home confinement?*, in «Midwifery», vol. 8, n. 5., pp. 316-319.
- «Donna & Donna. Il Giornale delle Ostetriche», n. 73, Firenze, Scuola Elementare di Arte Ostetrica.
- Donati S., Spinelli A., Grandolfo M.E., Baglio G., Andreozzi S., Pediconi M., Salinetti S. 1999, *L'assistenza in gravidanza, al parto e durante il puerperio in Italia*, Ann. Ist. Super. Sanità, n. 35, pp. 289-296.
- Donati S., Grandolfo M.E., Andreozzi S. 2003, *Do Italian mothers prefer caesarean delivery?*, in «Birth», issue in Perinatal Care, vol. 30, n. 2, pp. 89-93.
- Duden B. 1994, *Il corpo della donna come luogo pubblico. Sull'abuso del concetto di vita*, Torino, Bollati Boringhieri.
- Duden B. 2006, *I geni in testa e il feto in grembo. Sguardo storico sul corpo delle donne*, Torino, Bollati Boringhieri.
- Eakins P.S. 1989, *Freestanding Birth Centers in California. Program and medical outcome*, in «Journal Reprod. Med», vol. 34, n. 12, pp. 960-970.
- Educer 2012, *Mapa del parto en casa. Datos de 2010*, Colección Observatorio del parto en casa en España, n. 2, www.educer.es/parto-casa/02Mapa2010.pdf.
- Eisler R. 2011, *Il Calice e la Spada. La civiltà della Grande Dea dal Neolitico ad oggi*, Udine, Forum.
- Eisler R. 2015, *La vera ricchezza delle nazioni. Creare un'economia di cura*, Udine, Forum.
- Emons J., Luiten M.I.J. 2001, *Midwifery in Europe. An inventory in fifteen EU member states*, The Netherlands, Deloitte & Touche.

- Enkin M., Keirse M., Renfrew M., Neilson J. (eds.) 1995, *A guide to effective care in pregnancy and childbirth*, Oxford, Oxford University Press.
- Enreinreich B., English D. 1973, *Witches, Midwives and Nurses. A History of Women Healers*, New York, Feminist Press.
- Esteban M.L., Comelles J.M., Diez Mintegui C. (eds.) 2010, *Antropologia, Género y Salud*, Barcelona, Ediciones Bellaterra.
- Euro-Peristat 2008, *European Perinatal Health Report, Euro-peristat Project*, <http://www.Euro-Peristat.com>.
- Euro-Peristat 2010, *European Perinatal Health Report. Health and Care of pregnant women and Babies in Europe in 2010*, <http://www.Euro-Peristat.com>.
- Fabietti U. 1999, *Antropologia culturale. L'esperienza e l'interpretazione*, Roma-Bari, Laterza.
- Fardon R. 1990, *Localizing Strategies. The Regionalization of Ethnographic Accounts*, in Fardon R. (ed.), *Localizing Strategies. Regional Traditions of Ethnographic Writing*, Edinburgh, Scottish Academic Press, pp. 1-35.
- Farmer P. 2003, *Pathologies of Power. Health, Human Rights, and the New War on the Poor*, Barkley-Los Angeles. Oxford, University of California Press.
- Fassin D. 1996, *L'èspace politique de la santé*, Paris, Presses Universitaires de France.
- Fausto-Sterling A. 2000, *Sexing the Body: Gender Politics and the Construction of Sexuality*, London, Paperback Basic Books.
- Federación de Asociaciones de Matronas de España 2005, *Declaración de la Federación de Asociaciones de Matronas de España (FAME) sobre competencias profesionales de las Matronas*, Madrid, Federación de Asociaciones de Matronas de España.
- Felli P., Lauría A. 2006, *La casa di maternità: una struttura sociale per il parto fisiologico. Linee guida per la progettazione*, Pisa, Edizioni ETS.
- Fernández Del Castillo I. 1994, *La revolución del nacimiento: partos respetados, nacimientos más seguros*, Madrid, Ediciones Verticales.
- Foucault M. 1969, *Nascita della clinica. Il ruolo della medicina nella costituzione delle scienze umane*, Paris, Presses Universitaires de France.
- Foucault M. 1976, *Sorvegliare e punire. Nascita della prigione*, Torino, Einaudi.

- Franckling S., Ragoné H. (eds.) 1998, *Reproducing Reproduction: kinship, power and technological innovation*, Philadelphia, University of Pennsylvania Press.
- Franklin S., Lock M. 2003, *Remaking Life and Death: Towards an Anthropology of the Biosciences*, Santa Fe, School of American Research.
- Freeze R. 2010, *Attitudes towards home birth in the USA*, in «Expert Rev. Obstet Gynecol», vol. 5, n. 3, pp. 283-299.
- Freidson E. 2002, *La dominanza medica*, Milano, Franco Angeli.
- Fuentes M. 2001, *Mujeres y salud desde el sur. Reflexiones y experiencias desde una perspectiva de género*, Barcelona, Icaria.
- Gaines A.D., Davis-Floyd R. 2003, *On biomedicine*, in Ember M., Ember C. (eds.), *Encyclopedia of Medical Anthropology*, Yale, Yale University-Human Relations Area Files, pp. 2348-2364.
- Gavarrò R., Taboada L. 2008, *Entrevista a Maria Fuentes*, in «Mujeres y Salud», n. 23, pp. 6-10.
- Genovese U., Mariotti P. (a cura di) 2013, *Responsabilità sanitaria e medicina difensiva*, Milano, Maggioli Editore.
- Giarelli S. 2011, *Partorisco...e poi? Rapporto fra le modalità del parto e le dinamiche madre-bambino nel dopo parto*, in «Donna & Donna. Il Giornale delle Ostetriche», n. 73, Scuola Elementale di Arte Ostetrica, Firenze.
- Gibbons L., Belizán J.M., Lauer J.A., Betrán A.P., Merialdi M., Althabe F. 2010, *The Global Numbers and Costs of Additionally Needed and Unnecessary Caesarean Sections Performed per Year: Overuse as a Barrier to Universal Coverage*, World Health Report, Background Paper, n. 30.
- Ginsburg F.D., Rayna R. (eds.) 1995, *Conceiving the New World Order: The Global Politics of Reproduction*, Berkeley, University of California Press.
- Glaser B.G., Strauss A.L. 1967, *The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research*, Chicago, Aldine.
- Goldsmith M. 2011, *Having a baby in the Netherlands. Access*, The Hague, Growth Guide.
- Good B. 1999, *Narrare la malattia. Lo sguardo antropologico sul rapporto medico-paziente*, Torino, Edizioni di Comunità.

- Good B., Fischer M.J., Willen S.S., Del Vecchio Good M.J. (eds.) 2010, *A Reader in Medical Anthropology: Theoretical Trajectories, Emergent Realities*, Malden, Wiley-Blackwell.
- Gorchoff D.B. 1987, *Birthing Center Concept. A Review of Eight Years' Experience in a Rural Birth Center*, University of Connecticut Health Center, Graduate School Masters Theses Paper n. 58.
- Grandolfo M., Donati S., Giusti A. 2002, *Indagine conoscitiva sul percorso nascita. Aspetti metodologici e risultati nazionali*, Roma, Istituto Superiore di Sanità.
- Grandolfo M. 2012, *Percorso nascita e corsi di accompagnamento alla nascita: basi conoscitive, progettazione operativa, implementazione e valutazione delle attività*, in Lauria L., Lamberti A., Buoncristiano M., Bonciani M., Andreozzi S. (a cura di), *Percorso nascita. Promozione e valutazione della qualità di modelli operativi. Le indagini del 2008-2009 e del 2010-2011*, Rapporto ISTISAN 12/39, Roma, Istituto Superiore di Sanità, pp. 1-24.
- Growth Guide* 2014, Amsterdam, National Health Service.
- Gruppo di lavoro Revisione dell'elenco Kloosterman 1987, *Programmazione del piano di assistenza ostetrica in Olanda. Criteri di valutazione e competenze specifiche dell'ostetrica, del medico di base e del medico specialista*, Firenze, Associazione Il Marsupio.
- Guana M., Lucchini F. 1996, *Arte e ostetrica della midwifery. L'ostetrica oggi*, Roma, CIC-Edizioni Internazionali.
- Guash O. 1997, *Observación participante*, Cuadernos Metodológicos n. 20, Tarragona, Centro de Investigaciones Sociológicas.
- Gusman 2012, *Sensazioni*, in Pannacini C. (a cura di), *La ricerca sul campo in antropologia. Oggetti e Metodi*, Roma, Carocci.
- Gyte G., Newburn M., Macfarlane A. 2010, *Critique of a metaanalysis by Wax and colleagues which has claimed that there is a three-times greater risk of neonatal death among babies without congenital anomalies planned to be born at home*, <http://www.scribd.com/doc/34065092/Critique-of-a-metaanalysis-by-Wax>.
- Habiba M., Kaminski M., Da Frè M., Marsal K., Bleker O., Librero J., Grandjean H., Gratia P., Guaschino S., Heyl W., Taylor, D., Cuttini M. 2006, *Caesarean section on request: a comparison of obstetricians'*

- attitudes in eight European countries*, in «BJOG-International Journal of Obstetrics and Gynecology», vol. 113, n. 6, pp. 647-656.
- Hadjigeorgiou E., Kouta C., Papastavrou E., Papadopoulos I., Martensson L.B. 2012, *Women's perceptions of their right to choose the place of childbirth: an integrative review*, in «Midwifery», vol. 28, n. 3, pp. 380-390. DOI: 10.1016/j.midw.2011.05.006.
- Hafner-Eaton C., Pearce L.K. 1994, *Birth choices, the law, and medicine: Balancing individual freedoms and protection of the public's health*, in «J. Health Polit Policy Law», vol. 19, pp. 813-835.
- Hagen H.E. 2001, *Depression as bargaining: the case postpartum*, Department of Anthropology, Santa Barbara, University of California.
- Hahn R., Inhorn M. (eds.) 2009, *Anthropology and Public Health: Bridging Differences in Culture and Society*, New York, Oxford University Press.
- Henderson J. 2003, *Review of evidence about clinical, psychosocial and economic outcomes for women with straightforward pregnancies who plan to give birth in a midwife-led birth centre, and outcomes for their babies*, Report of a structured review of birth centre outcomes, Bristol, Faculty of Health and Social Care, University of the West of England, and Oxford, National Perinatal Epidemiology Unit, University of Oxford.
- Henderson J., Petrou S. 2008, *Economic implications of home births and birth centers: A structured review*, in «Birth», vol. 35, n. 2, pp. 136-146.
- Hendrix M., Pavlova M., Nieuwenhuijze M.J., Severens J.L., Nijhuis J.G. 2010, *Differences in preferences for obstetric care between nulliparae and their partners in the Netherlands: A discrete-choice experiment*, in «J. Psychosom Obstet Gynaecol.», vol. 31, n. 4, pp. 243-251.
- Hernández-Sampieri R., Fernández-Collado C., Pilar-Baptista L. 2006, *Metodología de la investigación*, México, McGraw Hill.
- Hildingsson I.M., Waldenstrom U., Radestad I. 2003, *Swedish women's interest in home birth and in-hospital birth center care*, in «Birth» vol. 30, n. 1, pp. 11-22.
- Hildingsson I.M., Lindgren H.E., Haglund B., Rådestad I.J. 2006, *Characteristics of women giving birth at home in Sweden: a national register study*, in «Am J Obstet. Gynecol.», vol. 195, n. 5, pp. 1366-1372.

- Hodnett E.D. 2003, *Home-like versus conventional institutional settings for birth (Cochrane Review)*, The Cochrane Library 4, Chichester, UK, John Wiley, Hodnett & Sons, Ltd.
- Hodnett E.D., Gates S., Hofmeyr G.J., Sakala C. 2013, *Continuous support for women during childbirth*, Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 2, Chichester, John Wiley and Sons Ltd.
- Hutton E.K., Hassan E.S. 2007, *Late versus early clamping of the umbilical cord in full term neonates, systematic review and meta-analysis of controlled trials*, in «Journal of the American Medical Association», vol. 297, n. 11, pp. 1241-1252.
- Hutton E., Reitsma A., Kaufman K. 2009, *Outcomes associated with planned home and planned hospital births in low-risk women attended by midwives in Ontario, Canada: A retrospective cohort study*, in «Birth», vol. 36, n. 3, pp. 180-189.
- Illich I. 2005, *Nemesi medica. L'espropriazione della salute*, Milano, Boringhieri Editore.
- Instituto Nacional de Estadística 2013, *Cifra de Población y Censo demográfico*, Instituto Nacional de Estadística.
- International Confederation of Midwives Council 2011, *ICM International Definition of the Midwife*, International Confederation of Midwives, Hague, The Netherlands.
- Istituto Nazionale di Statistica 1980, *Compendio statistico italiano 1980*, Roma, ISTAT.
- Istituto Nazionale di Statistica 2002, *Il percorso della maternità: gravidanza, parto e allattamento al seno. Indagine multiscopo sulle famiglie - Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari. Anni 1999-2000*, Roma, ISTAT.
- Istituto Nazionale di Statistica 2006, *Gravidanza, parto e allattamento al seno. Indagine multiscopo sulle famiglie - Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari. Anni 2004-2005. Statistiche in breve*, Roma, ISTAT.
- Istituto Nazionale di Statistica 2007, *Indagine Multiscopo sulle Famiglie - Condizioni di Salute e Ricorso ai Servizi Sanitari - 2005*, Roma, ISTAT.
- Istituto Nazionale di Statistica 2012, *Compendio statistico italiano 2012*, Roma, ISTAT.

- Istituto Nazionale di Statistica 2013, *Compendio statistico italiano 2013*, Roma, ISTAT.
- Istituto Nazionale di Statistica 2015, *Compendio statistico italiano 2015*, Roma, ISTAT.
- Jannssen P., Carty E., Reime B. 2006, *Satisfaction with planned place of birth among midwifery clients in British Columbia*, in «J. Midwifery Women Health», vol. 51, n. 2, pp. 91-97.
- Janssen P.A., Lee S.K., Ryan E.M., Etches D.J., Farquharson D.F., Peacock D., Klein M.C. 2002, *Outcomes of planned home births versus planned hospital births after regulation of midwifery in British Columbia*, in «CMAJ-Canadian Medical Association Journal», vol. 166, n. 3, pp. 315-323.
- Janssen P., Henderson A., Vedam S. 2009, *The experience of planned home birth: Views of the first 500 Women*, in «Birth» vol. 36, n. 4., pp. 297-304.
- Janssen P.A., Saxell L., Page A.L., Klein C.M., Liston M.R., Lee K.S. 2009, *Outcomes of planned home birth with registered midwife versus planned hospital birth with midwife or physician*, in «Canadian Medical Association Journal», vol. 181, n. 6-7, pp. 377-383.
- Johnson K., Daviss B.A. 2005, *Outcomes of planned home birth with certified professional midwives: large prospective study in North America*, in «British Medical Journal», vol. 330, n. 7505, pp. 1416-1419.
- Johnson T., Sargent C. 1990, *Medical Anthropology. Contemporary Theory and Method*, New York, Praeger.
- Jordan B. 1993, *La nascita in quattro culture. Atteggiamenti e pratiche ostetriche a confronto*, I Quaderni del nuovo Stato, n. 7, Milano, Emme Edizioni.
- Jordan B. 1997, *Authoritative knowledge and its construction*, in Davis-Floyd R., Sargent F.C. (eds.), *Childbirth and Authoritative Knowledge. Cross-Cultural Perspectives*, Berkeley, University of California Press, pp. 55-88.
- Kennars R., Keirse M.J., Tucker G. , Chan A.C. 2009, *Planned home and hospital births in South Australia 1991-2006: differences in outcomes*, in «Med J Aust», vol. 192, n. 2, pp. 76-80.
- Klein M.C., Kaczorowski J., Hall W., Fraser W., Liston R.M., Eftehary S., Brant R., Masse L.C., Rosinski J., Mehrabadi A., Baradaran N., Tomkinson J., Dore S., McNiven P.C., Saxell L.,

- Lindstrom K., Grant J., Chamberlain A. 2009, *The attitudes of Canadian maternity care practitioners towards labour and birth*, in «JOGC- Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada», vol. 9, pp. 827-840.
- Kleinman A. 1978, *Concepts and Model for the Comparision of Medical Systems as Cultural Systems*, in «Social Science & Medecine», vol. 12, pp. 85-93.
- Kleinman A. 1980, *Patients and healers in the context of culture. An exploration of the borderland between anthropology, medicine, and psychiatry*, Berkeley, University of California Press.
- Kleinman A., Das V., Lock M. (eds.) 1997, *The Social Suffering*, Berkeley-Los Angeles-London, Berkeley University Press.
- Kluka R., Kuppermann M., Little M., Drapkin-Lyerly A., Mitchell L., Armstrong E.M., Harris L. 2009, *Finding Autonomy in Birth*, in «Bioethics», vol. 23, n. 1, pp. 1-8.
- Kitzinger S. 2000, *Cultural issues: Some cultural perspectives of birth*, in «British Journal of Midwifery», vol. 8, n. 12, pp. 746-750.
- Koroukian S.M. 2004, *Relative risk of postpartum complication in the Ohio Medicaid population: Vaginal versus caesarean delivery*, in «Medical Care Research Review», vol. 61, n. 2, pp. 203-224.
- Kruckman L. 1983, *Multi-disciplinary perspectives on post-partum depression: an anthropological critique*, in «Soc Sci Med», n. 17, pp.1027-1041.
- Lauria L., Andreozzi S. (a cura di) 2011, *Percorso nascita e immigrazione in Italia: le indagini del 2009*, Rapporti ISTISAN 11/12, Roma, Istituto Superiore di Sanità.
- Lauria L., Bonciani M., Lamberti A., Buoncristiano M., Bucciarelli M., Grandolfo M. 2012, *Gruppo di lavoro sul percorso nascita*, in Lauria L., Lamberti A., Buoncristiano M., Bonciani M., Andreozzi S. (a cura di), *Percorso nascita. Promozione e valutazione della qualità di modelli operativi. Le indagini del 2008-2009 e del 2010-2011*, Rapporto ISTISAN 12/39, Roma, Istituto Superiore di Sanità, pp. 25-78.
- Lauria L., Lamberti A., Buoncristiano M., Bonciani M., Andreozzi S. (a cura di) 2012, *Percorso nascita. Promozione e valutazione della qualità di modelli operativi. Le indagini del 2008-2009 e del 2010-2011*, Rapporto ISTISAN 12/39, Roma, Istituto Superiore di Sanità.

- Leboyer F. 2000, *Per una nascita senza violenza*, Milano, Bompiani.
- Ley *Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia* 2007, República Bolivariana de Venezuela, G. n. 38668 de 23/4/2007.
- Libere di scegliere 2012, *Libere di scegliere*, Associazione Scientifica Andria, Gruppo di discussione I Cerchi.
- Lindenbaum S., Lock M. (eds.) 1993, *Knowledge, Power and Practice: The Anthropology of Medicine and Everyday Life*, Berkeley, University of California Press.
- Lindgren H., Erlandsson K. 2010, *Women's Experiences of empowerment in a planned home birth: A Swedish population based study*, in «Birth», vol. 37, n. 4, pp. 309-317.
- Lisa M., La Prova A. 2002, *L'assistenza domiciliare al parto in un'azienda di rilievo nazionale: una risposta ai bisogni della donna (e della famiglia) in gravidanza*, in Società Italiana per la Qualità dell'Assistenza Sanitaria, vol. 13, n. 3, Centro Scientifico Editore, pp. 135-138.
- Lock M., Gordon D. (eds.) 1988, *Biomedicine Examined*, Dordrecht, Academia Publishers.
- Lock M., Kaufert P. (eds.) 1998, *Pragmatic Women and Body Politics*, Cambridge, Cambridge University Press.
- Lock M., Farquahar J. (eds.) 2007, *Beyond the proper body. Reading the anthropology of material life*, Durham, Duke University Press.
- Lock M., Nguyen V.K. 2010, *An Anthropology of Biomedicine*, Oxford, Wiley-Blackwell.
- Lozoff B., Jordan B., Malone S. 1988, *Childbirth in Cross-Cultural Perspective*, in Palkovitz R., Sussman M. (eds.), *Marriage and Family Review*, pp. 35-60.
- Lubic R.W. 1977, *The Maternity Center Association's Childbearing Center*, in «Journal of Reproductive Medicine», vol. 19, n. 5, pp. 293-294.
- Lupo A. 2012, *Malattia ed efficacia terapeutica*, in Cozzi D. (a cura di), *Le parole dell'antropologia medica*, Perugia, Morlacchi Editore, pp. 127-155.
- Lydon-Rochelle M., Holt V.L., Easterling T.R. 2001, *Risk of uterine rupture during labour among women with a prior caesarean delivery*, in «The New England Journal of Medicine», vol. 345, n. 3, DOI: 10.1056/NEJM200107053450101.

- Maanen J. 1988, *Tales of the Field: On Writing Ethnography*, Chicago, University of Chicago Press.
- MacCormack P. C., Strathern M. 1980, *Nature, Culture and Gender*, Cambridge, Cambridge University Press.
- MacCormack P.C. 1982, *The Ethnography of Fertility and Birth*, London, Academic Press.
- Maffi I. (a cura di) 2010, *Nascita*, in «Anuario di Antropologia», vol. 12, Milano, Ledizioni.
- Marcus J., Fischer M. 2000, *Antropologia come critica culturale*, Roma, Meltemi.
- Martin E. 1987, *The Woman in the Body. A Cultural Analysis of Reproduction*, Boston, Beacon Press.
- Maslach C. 1997, *La síndrome del burnout. El precio del aiuto agli altri*, Assisi, Cittadella Editrice.
- Mattingly C., Garro C.L. (eds.) 2000, *Narrative and the cultural construction of illness and healing*, Berkeley, University of California Press.
- McPherson K., Gon G., Scott M. 2013, *International Variations in a Selected Number of Surgical Procedures*, OECD-Organization for economic cooperation and development countries, Health Working Papers, n. 61, OECD Publishing <http://dx.doi.org/10.1787/5k49h4p5g9mw-en>.
- Menéndez E.L. 1990, *Antropología médica. Orientaciones, desigualdades y transacciones*, México, Ediciones de la Casa Chata.
- Menéndez E.L. 2003, *Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas*, in «Ciencia & Saúde Coletiva», vol. 8, n. 1, pp.185-207.
- Ministerio Sanidad y Consumo 2007, *Estrategia del Atención al Parto Normal en el Sistema Nacional de Salud*, Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Ministerio de Sanidad y Política Social 2010a, *Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal*, Serie Guías de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud, Madrid, Ministerio de Sanidad y Política Social.
- Ministerio de Sanidad y Política Social 2010b, *Cuidados desde el nacimiento. Recomendaciones basadas en pruebas y buenas prácticas*, Serie Sanidad, Madrid.

- Ministerio de Sanidad y Política Social 2010c, *Plan de Parto y Nacimiento. Grupo de Trabajo de la Estrategia de Atención al Parto Normal. Cuaderno 2011*, Madrid, Ministerio de Sanidad y Política Social.
- Ministerio de Sanidad y Política Social 2010d, *Maternidad Hospitalaria. Estándares y Recomendaciones. La asistencia al parto de mujeres sanas*, Madrid, Ministerio de Sanidad y Política Social.
- Ministerio de Sanidad y Política Social 2010e, *Calidad en la asistencia profesional al nacimiento y la lactancia*, Madrid, Ministerio de Sanidad y Política Social.
- Ministerio de Sanidad 2011, *Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 2011*, Madrid, Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.
- Ministerio de Sanidad, Igualdad y Servicios Sociales 2013, *Informe sobre el parto y el nacimiento en el Sistema Nacional de Salud 2012*, Madrid, Ministerio de Sanidad, Igualdad y Servicios Sociales.
- Ministero della Sanità 1995, *Decreto Ministeriale 14/09/994, n. 740, Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'Ostetrica/o*, Gazzetta Ufficiale n. 6 del 9/01/95.
- Ministero della Sanità 1998, *Decreto Ministeriale 10/9/98*, Gazzetta Ufficiale-Serie Generale n. 245 del 20/10/98.
- Ministero della Sanità 2000, *Progetto Obiettivo Materno Infantile*, Piano Sanitario Nazionale 1998-2000.
- Ministero della Salute 2008, *Certificato di assistenza al parto (CedAP). Analisi dell'evento nascita anno 2007*, Roma, Ministero della Salute.
- Ministero della Salute, Istituto Superiore di Sanità 2010a, *Linea guida. Taglio cesareo. Una scelta appropriata e consapevole*, n. 19, Roma, Ministero della salute.
- Ministero della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Centro per la Valutazione dell'efficacia dell'Assistenza Sanitaria 2010b, *Linea guida. Gravidanza Fisiologica*, n. 20, Roma, Ministero della salute.
- Ministero della Salute 2010c, *Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo, oggetto di accordo della Conferenza Unificata Stato-Regioni*, (Rep. Atti n. 137/CU, 1100319, G.U. Serie Generale n. 13 del 18 gennaio).

- Ministero della Salute 2011, *Certificato di assistenza al parto (CedAP). Analisi dell'evento nascita anno 2010*, Roma, Ministero della Salute.
- Ministero della Salute 2012, *Certificato di assistenza al parto (CedAP). Analisi dell'evento nascita anno 2011*, Roma, Ministero della Salute.
- Ministero della Salute 2013, *Certificato di assistenza al parto (CedAP). Analisi dell'evento nascita anno 2012*, Roma, Ministero della Salute.
- Montes-Muñoz M.J. 2007, *Las culturas del nacimiento: representaciones y prácticas de las mujeres gestantes, comadronas y médicos*, Tesis doctoral en Antropología social y cultural, Tarragona, Universidad Rovira i Virgili.
- Montes-Muñoz M.J., Martorell-Poveda M.A., Conti-Cañada M.J., Jiménez-Herrera M. 2009, *Tecnología médica en el embarazo. Usos y representaciones*, in «Periferia», n. 11, pp. 1-17.
- Morandi I. 2009, *Sistemi regionali di ripartizione del fondo sanitario e di remunerazione di ricoveri per acuti, di riabilitazione e lungo degenza. Analisi della normativa vigente al 30 ottobre 2008*, Agenas-Roma, Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali.
- National Institute for Health and Care Excellence 2014, *Intrapartum care for healthy women and babies*, Clinical guideline, n. 19, National Institute for Health and Care Excellence (NICE).
- Netherlands Institute for Health Services Research 2012, *Midwifery*, The Netherlands, Netherlands Institute for Health Services Research.
- Netherlands Organisation for Applied Scientific Research 2010, *Health Report*, Amsterdam, Netherlands Organisation for Applied Scientific Research.
- Nichter M., Lock M. 2002, *New Horizons in Medical Anthropology. Essay in honour of Charles Leslie*, London-New York, North-western University, Routledge Harwood Anthropology.
- Nichter M. 2008, *Global Health: Why Cultural Perceptions, Social Representations, and Biopolitics Matter*, Chicago, University of Arizona press.
- Oakley A. (a cura di) 1985, *Le culture del parto*, Milano, Feltrinelli.
- O'Brien-Pallas L., Baumann A., Donner G., Murphy G., Lochhaas-Gerlach J., Luba M. 2001, *Forecasting models for human resources in health care*, in «J. Advanced Midwifery », vol. 33, n. 1, pp. 120-129.

- O'Brien B., Chalmers B., Fell D., Heaman M., Darling E., Herbert P. 2011, *The experience of pregnancy and birth with midwives: Results from the Canadian Maternity Experiences Survey*, in «J. Advanced Midwifery», vol. 38, n. 3, pp. 207-215.
- Odent M. 1989, *Ecologia della nascita*, Milano, Red Edizioni.
- Odent M. 2016, *La Nascita e l'Evoluzione dell'Homo Sapiens*, Roma, Edizioni Tlon.
- Olsen O. 1997, *Meta-analysis of the safety of home birth*, in «Birth», n. 24, pp. 4-13.
- Olsen O., Clausen J.A. 2012, *Planned hospital birth versus planned home birth*, Cochrane Library Database of Systematic Reviews 2012, Issue 9.
- Olza-Fernández I., Marin G.M.A., Gil-Sanchez A. Garcia-Segura A., Arevalo M.A. 2014, *Neuroendocrinology of childbirth and mother-child attachment. The basis of an etiopathogenic model of perinatal neurobiological disorders*, in «Frontiers in neuroendocrinology», vol. 35, Issue 4, pp. 459-472.
- Organizzazione Mondiale della Sanità 1996, *Maternità sicura. Guida pratica all'assistenza al parto fisiologico, al parto naturale*, Organizzazione Mondiale della Sanità, MIPA-Movimento italiano parto attivo.
- Organización Mundial de la Salud 2014, *Recomendaciones de la OMS para la prevención y el tratamiento de la hemorragia posparto*, Ginebra, Organización Mundial de la Salud.
- Organizzazione Mondiale della Sanità 2014, *La Prevenzione ed eliminazione dell'abuso e della mancanza di rispetto durante l'assistenza al parto presso le strutture ospedaliere*, Ginevra, Organizzazione Mondiale della Sanità.
- Pannacini C. (a cura di) 2010, *La ricerca sul campo in antropologia. Oggetti e Metodi*, Roma, Carocci.
- Pavanello M. 2009, *Fare antropologia. Metodi per la ricerca etnografica*, Bologna, Zanichelli.
- Pescetto G., De Cecco L., Ragni N., Pecorari D. 2015, *Ginecologia ed Ostetricia*, 4 volumi, Roma, Società Editrice Universo.
- Piasere L. 2002, *L'etnografo imperfetto*, Roma-Bari, Laterza

- Pini A. 2010, *Yes we can. La casa maternità di Bologna*, in «Donna & Donna. Il Giornale delle Ostetriche», n. 71, pp. 48-49.
- Pizza G. 2005, *Antropologia Medica. Saperi pratiche e politiche del corpo*, Roma, Carocci.
- Pizzini F. (a cura di) 1981, *Sulla scena del parto: luoghi, figure, pratiche*, Milano, Franco Angeli.
- Pizzini F. (a cura di) 1999, *Corpo medico e corpo femminile*, Milano, Franco Angeli.
- Plante L. 2011, *Obstetric Ethics: An Essential Dimension of Planned Home Birth*, in «Obstet & Gynecol.», vol. 118, n. 2, parte 1, p. 357, DOI: 10.1097/AOG.0b013e31822678ed.
- Quaranta I., Ricca M. 2012, *Malati fuori luogo. Medicina interculturale*, Milano, Raffaello Cortina Editore.
- Quattrocchi P. 2001, *Parteras gracias a Dios: il sistema di nascita lenca tra tradizione e modernità*, in «La Ricerca Folklorica», n. 44, Brescia, Grafo, pp. 127-138.
- Quattrocchi P. 2006, *Confini del corpo e pratiche puerperali. "Apertura" e "chiusura" del corpo femminile tra i Lenca di La Campa (Honduras) e i Maya yucatechi del villaggio di Kana (Messico)*, in «La Ricerca Folklorica», n. 53, Grafo, Brescia, pp. 23-40.
- Quattrocchi P. 2007, *Obiettivo del Millennio e salute riproduttiva. Quale ruolo per le levatrici? Il caso dello Yucatán*, in «I Fogli di Oriss», n. 27/28, pp. 11-36. Milano, Colibri.
- Quattrocchi P. 2011, *Corpo, riproduzione e salute tra le donne maya dello Yucatán, Messico*, Pisa, Pacini Editore.
- Quattrocchi P. 2014a, *Homebirth and the National Health Service in Italy. A qualitative study in the Emilia Romagna Region*, in «Canadian Journal of Midwifery. Research and Practice», vol. 13, n. 3, pp. 32-39.
- Quattrocchi P. 2014b, *Riesgo y seguridad durante el embarazo y el parto: desde la visión biomédica hacia la visión de las mujeres que optan por un parto domiciliar*, in «Periferías, Diálogos y Fronteras». Actas del XIII Congreso de Antropología de la Federación de Asociaciones de Antropología de la Federación de Asociaciones de Antropología del Estado Español, Universitat Rovira y Virgili, Tarragona, pp. 4444-4465.

- Radford N., Thompson A. 1994, *A study of issues concerning the implementation of direct entry midwifery education*, in Robinson S., Thompson A. (eds.), *Midwives, Research and Childbirth*, Dordrecht, Springer Us, pp. 260-292.
- Ranisio G. 2000, *Venire al mondo. Credenze, pratiche e rituali del parto*, Roma, Meltemi.
- Ranisio G. 2012, *Corpo femminile e medicalizzazione*, in Cozzi D. (a cura di), *Le parole dell'antropologia medica*, Perugia, Morlacchi Editore, pp. 67-84.
- Ravelli A.C.J., Jager K.J., De Groot M.H., Erwich J.J.H.M., Rijninks-Van Driel G.C., Tromp M., Eskes M., Abu-Hanna A., Mol B.W.J. 2011, *Travel time from home to hospital and adverse perinatal outcomes in women at term in the Netherlands*, in «BJOG-International Journal of Obstetrics and Gynaecology», vol. 118, n. 4, pp. 457-465.
- Regalia A., Bestetti G. 2010, *La via chirurgica alla nascita. Il caso Italia*, in Maffi I. (a cura di), *Nascita*, «Annuario di Antropologia», vol. 12, Milano, Ledizioni, pp. 121-148.
- Regione Emilia Romagna 2008, *Modalità di assistenza diretta al parto a domicilio erogata dal Servizio Sanitario Nazionale: revisione delle linee guida*, delibera 570/2008, Regione Emilia Romagna.
- Remotti F. 1999, *Contro l'identità*, Roma-Bari, Laterza.
- Rich A. 1995, *Of Woman Born. Motherhood as experience and institution*, New York, W.W. Norton & Company.
- Rodríguez Bustos C. 2007, *Pariremos con placer*, Madrid, Ediciones Criminales.
- Rossetti A. 2015, *Guardare vicino Vedere Lontano. I processi psiconeuroendocrini e posturali del travaglio umano*, Convegno Iris (powerpoint non pubblicato).
- Rothman B.K. 1989, *Recreating Motherhood*, New Jersey, Rutgers University Press.
- Royal College of Midwives and the Royal College of Obstetricians and Gynaecologists 2007, *Home Births*, Joint Statement n. 2, London, Royal College of Midwives.
- Royal Dutch Organization of Midwives 2014, *Midwifery in the Netherlands 2014*, Amsterdam, Royal Dutch Organization of Midwives.

- Sabbadini L.L. 2001, *Gravidanza e Parto. Una nuova coscienza finale. Un nuovo protagonismo maschile*, Roma, ISTAT.
- Sandall J. 2014, *The contribution of continuity of midwifery care to high quality maternity care*, Royal College of Midwives, London, Royal College of Midwives.
- Sheldon T. 2008, *Perinatal mortality in Netherlands third worst in Europe*, in «BMJ-British Medical Journal», vol. 2, n. 337, DOI: <http://dx.doi.org/10.1136/b.a3118>.
- Scheper Hughes N., Lock M. 1987, *The mindful body: a prolegomenon to Future Work in Medical Anthropology*, in «Medical Anthropology Quarterly», vol. 1, n. 1, pp. 6-41.
- Scheper Hughes N. 1995, *The Primacy of the Ethical: Propositions for a Militant Anthropology*, in «Current Anthropology», vol. 36, n. 3, pp. 409-420.
- Schlenzka, P.F. 1999, *Safety of Alternative Approaches to Childbirth*, Palo Alto, CA, Department of Sociology, Stanford University.
- Schmid V. 2007, *Salute e nascita. La salutogenesi in gravidanza*, Milano, Apogeo.
- Schmid V. 2009, *Editoriale*, in «Donna & Donna. Il giornale delle ostetriche», n. 65, Firenze, Scuola Elementare di Arte Ostetrica.
- Schmid V. 2010, *La casa maternità: una valida alternativa al parto medicalizzato*, pp.1-5, <http://lostetricainforma.it/article-print-24.html> (consultato in data 11/01/2011).
- Schmidt N., Abelsen B., Oian P. 2002, *Deliveries in maternity homes in Norway: Results from a 2-year prospective study*, in «Acta obstetrica et Gynecologica. Scandinavica», vol. 81, n. 8, pp. 731-737.
- Schroeder E., Petrou E., Patel N., Hollowell J., Puddi-Combe D., Redshaw M., Brocklehurst P. 2012, *Cost effectiveness of alternative planned places of birth in woman at low risk of complications: Evidence from the Birthplace in England national prospective cohort study*, in «BMJ-British Medical Journal», vol. 344, p. 2292.
- Seppilli T. 1996, *Antropologia medica: fondamenti per una strategia*, in «AM. Rivista della Società italiana di antropologia medica», vol. 1-2, pp. 7-22.
- Silverman D. 1997, *Qualitative Research: Theory, Method and Practice*, Thousand Oaks, California, Sage Publications.

- Simpson M., Catling C. 2016, *Understanding psychological traumatic birth experiences: A literature review*, in «Women and Birth, Journal of Australian Midwives», vol. 29, n. 3, pp. 203-207.
- Soderstrom B., Stewart P.J., Kaitell C., Chamberlain M. 1990, *Interest in alternative birthplaces among women in Ottawa Carleton*, in «CMAJ-Canadian Medical Association Journal», vol. 9, pp. 963-969.
- Spina E. 2009, *Ostetriche e Midwives. Spazi di autonomia e identità corporativa*, Milano, Franco Angeli.
- Stramrood C., Paarlberg K.M., Huis in't Veld E., Berger V.A.L., Vingeroets Ad., Van Pampus M.G., Schultz W.W. 2011, *Posttraumatic stress following childbirth in homelike-and hospital settings*, in «Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology», vol. 32, n. 2, pp. 88-97.
- Strauss A., Corbin J.M. 1998, *Basics of Qualitative Research: Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory*, California, Sage Publications.
- Szurek J. 1997, *Resistance to technology-Enhanced Childbirth in Tuscany. The Political Economy of Italian Birth*, in Davis-Floyd R., Sargent C. (eds.), *Childbirth and Authoritative Knowledge. Cross-Cultural Perspectives*, Berkeley, University of California Press, pp. 287-314.
- Taussig M.T. 2006, *Reificazione e coscienza del paziente*, in Quaranta I. (a cura di), *Antropologia medica. I testi fondamentali*, Milano, Raffaello Cortina Editore, pp. 75-106.
- The Netherlands Perinatal Registry 2014, *Perinatal care in the Netherlands. Annual report 2014*, Bilthoven/Utrecht, The Netherlands Perinatal Registry.
- The Northern Region's Perinatal Mortality Survey Coordinating Group 1996, *Perinatal loss in planned and unplanned home birth*, The Northern Region's Perinatal Mortality Survey Coordinating Group, in «BMJ-British Medical Journal», vol. 313, pp. 1306-1309.
- Torres J., De Vries R.G. 2009, *Birthing ethics: What mothers, families, childbirth educators, nurses, and physicians should know about the ethics of childbirth*, in «Perinat Educ.», vol. 18, n. 1, pp. 12-24.
- Treffers P.E., Laan R. 1986, *Regional perinatal mortality and regional hospitalization at delivery in the Netherlands*, in «British Journal of Obstetrics and Gynaecology», vol. 93, n. 7, pp. 690-693.

- Ulrich C., Schaller, Volker K. 2001, *Is Crede's prophylaxis for ophthalmia neonatorum still valid?*, in «Bulletin of World Health Organization», Geneve, World Health Organization.
- Van Alten D., Eskes M., Treffers P.E. 1989, *Midwifery in the Netherlands. The Wormerveer study, selection, mode of delivery, perinatal mortality and infant morbidity*, in «British Journal of Obstetrics and Gynaecology», vol. 96, n. 6, pp. 656-652.
- Van der Kooy J., Peoran P., de Graff H, Birnie E., Denkass S., Steegers E., Bonsel G. 2011, *Planned Home Compared with Planned Hospital Births in The Netherlands Intrapartum and Early Neonatal Death in Low-Risk Pregnancies*, in «Obstetrics and Gynecology», vol. 118, n. 5, pp. 1037-1049.
- Van Look P., Wagner M. 2011, *Rates of caesarean section: analysis of global, regional and national, Estimates 2007*, Geneva, World Health Organization.
- Van der Mark E.A (ed.) 1997, *Successful Homebirth and Midwifery. The Dutch Model*, Amsterdam, Het Spinhuis.
- Vedam S., Schummers L., Stoll K., Fulton C. 2012, *Home Birth: An annotated guide to the literature*.
- Vedam S. 2012, *In search of a common agenda for planned home birth in the United States*, in «J. Perinatal Education», vol. 21, n. 2, p. 67.
- Vedam S., Stoll K., Aaker J., White S., Schummers S. 2009, *NurseMidwives experiences with planned home birth: impact on attitudes and practice*, in «Birth», vol. 34, n. 4, p. 274.
- Volta A. 2003, *Bonding*, www.VociBimbi.it (consultato il 30 settembre 2014).
- Young A. 1982, *The anthropology of illness and sickness*, in «Annual Review of Anthropology», vol. 11, pp. 257-285.
- Wagner M.D. 2001, *Fish can't see water: the need to humanize birth*, in «International Journal of Gynecology & Obstetrics», n. 75, pp. 25-37.
- Wagner M.D. 2005, *The impact of the Western model of birth, medical imperialism, reclaiming the Joy of midwifery and birth*, Midwifery Today International Conference 18-22/05/2005, Copenhagen, Denmark.
- Wagner M.D. 2006, *The status of birth around the world. Changing birth practices around the world. Soaking up midwifery knowledge*, Midwifery

- Today International Conference 25-29/10/2006, Bad Wilbad, Germany.
- Walsh D.J. 2010a, *Modelli di assistenza che funzionano: l'evidenza scientifica dell'assistenza a conduzione ostetrica*, in «Donna & Donna. Il Giornale delle Ostetriche», n. 71, pp. 9-18.
- Walsh D.J. 2010b, *Childbirth embodiment: problematic aspects of current understandings*, in «Sociol. Health», vol. 32, n. 3, pp. 486-501.
- Wax J.R., Lucas F.L., Lamont M., Pinette M.G., Cartin A., Blackstone J. 2010, *Maternal and newborn outcomes in planned home birth vs planned hospital births: A meta-analysis*, in «Am. J. Obstet. Gynecol.», vol. 203, n. 243, pp. 1-8.
- WHO, ICM, FIGO 2004, *Making Pregnancy safer. The Critical role of the Skilled Attendant. A Joint Statement*, Department of Reproductive Health and Research, Geneva, World Health Organization.
- Wiegiers T.A., Keirse M.J.N.C., Van der Zee, J., Berghs, G.A.H 1996, *Outcome of Planned Home and Planned Hospital Births in Low Risk Pregnancies: Prospective Study in Midwifery Practices in the Netherlands*, in «British Medical Journal», vol. 313, pp. 1309-1313.
- Wiegiers T.A. 1998, *Home or Hospital Birth: A Prospective Study of Midwifery Care in the Netherlands*, in «European Journal of Obstetrics, Gynaecology and Reproductive Biology», vol. 79, pp. 138-141.
- Wood R.J., Mignone J., Heaman M.I., Robinson K.J., Roger K.S. 2016, *Choosing an out-of-hospital birth centre: Exploring women's decision-making experiences*, in «Midwifery», vol. 39, pp. 9-12, DOI: 10.1016/j.midw.2016.04.003.
- World Health Organization 1985a, *Having a baby in Europe*, World Health Organization, Copenhagen, Regional Office for Europe.
- World Health Organization, 1985b, *Appropriate technology for Birth*, in «The Lancet», n. 24, pp. 436-437.
- World Health Organization 1986, *The Ottawa Charter for Health Promotion. International Conference on Health Promotion, 21 November 1986*, Geneva, World Health Organization.
- World Health Organization 1996, *Care in normal Birth. A practical Guide, Reproductive health and research. Report of a Technical working group*, Geneva, World Health Organization.

- World Health Organization 2006, *Pregnancy, Childbirth, Postpartum and newborn care: A guide for essential practice*, Geneve, World Health Organization.
- World Health Organization 2008, *WHO European Strategic Approach for making safer. Improving maternal and perinatal health*, World Health Organization, Copenhagen, Regional Office for Europe.
- World Health Organization 2009a, *Making Pregnancy Safer: Effective Training Package*, Geneve, World Health Organization.
- World Health Organization 2009b, *Recommended intervention for improving maternal and newborn health*, Geneve, World Health Organization.
- World Health Organization 2010, *Accelerated implementation of maternal and newborn continuum of care as part of improving reproductive health*, Geneva, World Health Organization.
- Zielinski K., Ackerson L., Kane L. 2015, *Planned home birth: benefits, risks, and opportunities*, in «Womens Health», vol. 7, pp. 361-377.

Sitografia

- <<http://www.areasfvg.wix.com/areas>>.
- <<http://www.associazioneandria.it>>.
- <<http://www.aUSL.pr.it>>.
- <<http://www.aUSL.re.it>>.
- <<http://www.babycentre.co.uk>>.
- <<http://www.birthcenter-europa.net>>.
- <<http://www.birthcenters.org>>.
- <http://cordis.europa.eu/result/rcn/177302_en.html>.
- <<http://www.msc.es/organizacion/buscadorBBPP>>.
- <<https://www.facebook.com>>.
- <<http://www.fnco.it>>.
- <<http://www.freedomforbirth.com>>.
- <<http://www.geboortecentrum.nl>>.
- <<http://www.geburtsHaus.de>>.
- <<http://www.geburtsHaus.ch>>.

<<http://guidaservizi.saluter.it>>.
<<http://www.humanrightsinchildbirth.org>>.
<<http://www.ilnido.bo.it>>.
<<http://www.ilmarsupio.it>>.
<<http://www.migjorn.net>>.
<<http://www.nascereacasa.it>>.
<<http://www.nacerencasa.org>>.
<<http://www.ostetrichelibereprofessioniste.blogspot.com>>.
<<http://www.primalhealthresearch.com>>.
<<http://www.saluter.it/ssr/il-servizio-sanitario-regionale>>.
<<http://www.treccani.it>>.
<<http://www.wombecology.com>>.

Filmografia

Il primo respiro, di Gille de Maistre, France, 73 minuti, 2007.
Sobada. Il dono delle levatrici maya, di Erica Barbiani e Elena Vera Tomasini, Videomante, 35 minuti, 2007.
Orgasmic Birth, di Debra Pascali-Bonaro, Westlake Village, California, Seedsman Group, 85 minuti, 2009.
Freedom for Birth, Freedom for Birth Project, 60 minuti, 2012.

Finito di stampare nel mese di giugno 2018
presso Digital Book srl - Città di Castello (Perugia)

