

Esperienze di maternità durante e oltre la pandemia. Quali possibilità di ripensamento della salute e quali forme di resistenza emergono? Uno sguardo antropologico

Chiara Quagliariello - Annalisa Garzonio

Maternity experiences during and beyond the pandemic. What possibilities for rethinking healthcare and what forms of resistance emerge? An anthropological perspective

Abstract

Starting from two parallel research works, carried out during the pandemic and in the post-pandemic phase, our intervention will focus on reproductive policies and 'actions' implemented in Italy during the pandemic, and the forms of resistance that arose against the security paradigm promoted by health professionals and the social-health system, mapping this space of dissent. In this perspective, we will show how childbirth, a socio-cultural artefact through which it is possible to investigate the mechanisms through which political power is exercised, become a privileged experience to subvert dominant cultures and knowledge.

Some of the questions we will explore are: how has the Italian maternity care system been impacted by the pandemic? To what extent the discursive rhetoric about the role of science and technology as indispensable tools to fight against risks has had an impact on sexual and reproductive rights? How have the governmental measures proposed during the pandemic been supported, incorporated and welcomed by some of parents according to a mechanism of delegated biopolitics? On the contrary, how much have the forms of resistance and the search for alternatives to the technocratic and medical-centered model of care made the pandemic a key moment to critically reflect and challenge state interventionism on individual and collective lives? We hope, with our contribution, to enrich the anthropological reflection around the need to rethinking childbirth assistance as well as reproductive healthcare more broadly.

Keywords: pregnancy, childbirth, Coronavirus, medical knowledge, obstetric technologies, hospital institution

Introduzione

Il presente articolo si pone in continuità con quella che può essere definita come *un'antropologia della gravidanza e del parto ai tempi del Coronavirus*, la quale si è contraddistinta per la produzione di analisi sull'esperienza procreativa¹ in un momento storico eccezionale (Barata *et al.*, 2020; Davis-Floyd, Gutschow, Schwartz, 2020; Johnson Searcy, Castañeda, 2020; Yuill, McCourt, Rocca-Ihenacho, 2020; Yuill, 2020; Gentile, Quagliariello, Sestito, 2022). Da una parte, lo studio mostrerà

¹ Con questa categoria si intende quell'insieme di eventi che va dal concepimento del feto alla nascita del bambino, quali il periodo della gravidanza, il momento del parto e la fase del primo postparto.

fino a che punto il modello assistenziale medico-centrato (Davis-Floyd, 1992) abbia conosciuto un rafforzamento durante l'emergenza sanitaria. Dall'altra parte, si rifletterà su come la scelta di alcune donne/coppie di privilegiare un'assistenza incentrata sulla figura dell'ostetrica, partorendo presso piccoli reparti di maternità o, in numero minore di casi, a casa, testimoni la presenza di forme di resistenza al modello medicalizzato (Quattrocchi, 2018).

Da un lato, dunque, la pandemia verrà analizzata in quanto “fenomeno-evidenziatore di dinamiche bio-politiche” (Gentile, Quagliariello, Sestito, 2022: 10) inerenti alla maternità e alla nascita, dall'altro di un evento svelatore delle rappresentazioni culturali alla base del sistema socio-sanitario. Quali prassi vi sono correlate ed in quale misura la pandemia le ha amplificate? Allo stesso tempo l'intento è, dunque, di delineare i processi di naturalizzazione che impediscono di percepire gli aspetti storico-culturali di pratiche e saperi che in risposta a ciò continuano ad essere considerati appartenenti al mondo della biologia. Questo perché ogni certezza contemporanea ha origini storiche ben precise, complesse, ma rintracciabili e traducibili in un processo che ne possa far emergere il carattere specifico. In altri termini, è possibile sviluppare una sociogenesi per ognuno dei “fatti ritenuti naturali” appartenenti all'immaginario nel quale trascorriamo la nostra esistenza. La naturalizzazione è un processo che riprende la nozione di *tecnica del corpo*, introdotta da Mauss nel 1934 e riteniamo risulti particolarmente affine all'ambito del discorso concernente maternità, gravidanza, nascita e parto. Con il termine naturalizzazione si intende un “processo che spiega i fenomeni sociali come emanazione di bisogni o stati naturali, inserendo così le prassi culturali nell'ambito dell'indiscusso, dell'ineludibile, del dato, del certo, dell'indubitabile” (Boni, 2011: 181-182).

Dall'altro lato, la concentrazione delle scienze umane riferita al tema della resistenza è divenuta, negli ultimi anni, considerevole; tuttavia, come sottolinea L.A. Lughlod “nonostante la raffinatezza teorica di molti studi antropologici e storici contemporanei, rimane la tendenza a romanticizzare il tema”, mentre “dovrebbe essere usato per fare una diagnosi del potere” (Lughlod, 1990:42) in modo tale da giungere ad un sostanziale ribaltamento dell'espressione foucaultiana “dove c'è potere c'è resistenza” (Foucault, 1976b: 95). È in quest'ottica che muoveremo le nostre analisi sulle pratiche contro-corrente che sono emerse e si sono, in alcuni casi, rafforzate durante la pandemia; invece di considerare le forme resistenziali quali segni dell'umana libertà, le configureremo come fonti preziose per far luce sulle dinamiche di potere ed il coinvolgimento delle persone ad esse correlate. Come ben sottolinea L.A. Lughod: “A differenza dei grandi studi sull'insurrezione contadina e sulla rivoluzione degli anni '60 e primi anni '70 (ad esempio, Paige 1975, Scott 1976, Wolf 1969), ciò che si trova ora è una coesistenza di differenti forme di resistenza o sovversioni piuttosto che insurrezioni collettive su larga scala ossia forme di

resistenza piccole o locali non legate al rovesciamento di sistemi o a ideologie di emancipazione” (Lughod, 1990: 41).

All'interno dell'antropologia medica, per quanto riguarda lo spazio dedicato alla discussione intorno alla resistenza, è necessario specificare come il termine sia servito per mettere in luce ed indagare le forme attraverso cui la crescente medicalizzazione delle nostre vite è stata posta in discussione e criticata. A fronte di questo, come ricordato da A. Crudo “durante la metà degli anni '80, un filone di studi detto appunto antropologia medica critica tende a comprendere i problemi della salute alla luce di più grandi forze politiche ed economiche che modellano le relazioni interpersonali, danno forma al comportamento sociale, generano significati sociali e condizionano l'esperienza collettiva” (Crudo, 2004: 38). Fra i principali padri di questo filone di studi ricordiamo M. Singer il quale afferma: “la prospettiva critica che vogliamo adottare ed estendere ha le sue radici in Marx, Engels, C. Wrights Mills e si basa sull'idea che i modelli ideologici e sociali, che dominano gli aspetti relativi alla salute, siano intimamente correlati a ideologie egemoniche e a modelli esterni alla medicina stessa” (Ibid:40). Ne scaturisce la necessità di indagare l'esperienza della malattia e del sapere bio-medico entro le strutture, le relazioni e i processi del macro-livello così come di sondare quelle che sono le origini sociali della malattia. Ciò che accompagnerà la nostra riflessione sarà il tentativo specifico di mappare, durante il periodo pandemico, lo spazio del dissenso tramite pratiche messe in atto dagli attori in gioco. Verranno illustrate le strategie attraverso cui i singoli hanno elaborato circuiti e sistemi resistenti, ovvero difformi a ciò che le agenzie sanitarie presentavano come inevitabile e indiscutibile: da un lato verranno tracciate le modalità attraverso cui le operatrici e gli operatori della nascita hanno saputo e potuto agire forme di resistenza, dall'altro saranno descritte le strade alternative individuate e percorse dalle donne/ coppie per far fronte alla situazione schiacciante rispetto ai diritti della partoriente e dei neonati in cui si trovavano. Un esame critico riferito alla costruzione socioculturale delle bio-medicina, essendo profondamente intriso dalla questione del legame fra conoscenza e potere, non può prescindere dalle questioni e dalle riflessioni proposte in questo articolo.

Materiali e metodi

Le analisi presentate si fondano sul confronto e sull'interazione tra due ricerche condotte da Chiara Quagliariello e Annalisa Garzonio. La prima ha realizzato uno studio focalizzato sulle esperienze di alcune donne e di alcune coppie che hanno vissuto la gravidanza, il parto e il primo postparto nei mesi del lockdown in Italia, ossia nel periodo compreso tra marzo e maggio 2020². La ricerca si è svolta in un

² La ricerca è stata condotta tra marzo e giugno 2020 nell'ambito del progetto EU Border Care.

momento in cui la popolazione nazionale si trovava prevalentemente costretta a vivere ‘chiusa in casa’ con l’obiettivo di contenere la diffusione dei contagi. Conseguentemente, lo studio è stato condotto a distanza, senza svolgere incontri in presenza o interazioni sul campo tra l’antropologa e le/i partecipanti alla ricerca. Con l’obiettivo di raccogliere le narrazioni di donne e coppie che avevano attraversato esperienze procreative ai tempi della pandemia, è stato scelto di diffondere un appello a narrazioni testimonianti attraverso i social networks. Diverse persone hanno espresso spontaneamente il proprio interesse a partecipare allo studio. Hanno preso parte alla ricerca 21 persone: sedici donne e tre uomini, partner di tre delle sedici donne, tutte/i di origine italiana, oltre a due donne straniere. Le città e le regioni di residenza includono contesti del Nord, del Centro e del Sud Italia. Quattro delle donne di origine italiana sono state intervistate in due momenti distinti, prima e dopo il parto, rendendo possibile il confronto tra il piano delle aspettative e quello dell’esperienza concretamente vissuta. Il coinvolgimento di soggetti maschili si è rivelato altrettanto rilevante per riflettere sulle ridefinizioni della dimensione familiare e di coppia dell’esperienza procreativa nel contesto della pandemia da Coronavirus.

Annalisa Garzonio è la seconda autrice di questo articolo. Il focus temporale della sua indagine è centrato sul periodo intercorrente fra Marzo 2020 e Giugno 2021, con un’attenzione particolare e la concentrazione maggiore di interviste fra Marzo 2020 e Settembre 2020 (in piena crisi emergenziale). Geograficamente la sua analisi si concentra nel territorio della Regione Lombardia: agli Hub individuati sul territorio sono da aggiungere centri ospedalieri minori (Magenta, Legnano, Tradate, Rho, Saronno, Busto Arsizio) le cui operatrici anche se non hanno dovuto gestire un reparto Covid-19, hanno svolto un ruolo di cerniera fra il tessuto sociale e gli Hub attraverso trasferimenti delle donne positive nei centri appropriati. Anche in questo caso, il reclutamento delle partecipanti è avvenuto attraverso richiesta di testimonianze alle conoscenze personali e sui social media. In totale sono state effettuate 50 interviste ad operatrici ed operatori sanitari della Regione Lombardia. Fra questi sia appartenenti a strutture ospedaliere maggiori che ai consultori sparsi sul territorio regionale. Numerose anche le intervistate libere professioniste che svolgono assistenza al parto a domicilio. Altre 50 interviste a donne successivamente al parto e 25 durante la gravidanza.

Le criticità di progetti di ricerca condotti quasi esclusivamente mediante ‘interviste isolate’, prive dunque di un approfondito percorso relazionale con le persone coinvolte, risiedono soprattutto nella difficoltà di inserire le esperienze di gravidanza e parto entro trame più estese di storie familiari e percorsi biografici. Il tentativo di costruire una forma di sintonia con i soggetti, attraverso video-interviste di almeno un’ora, non ha consentito, in nessuno dei due casi studio, di instaurare quella connessione empatica che contraddistingue la pratica etnografica sul campo e che si rivela imprescindibile per indagare esperienze connesse alla sfera più intima

delle persone intervistate (Attwood et al., 2017). Le/i partecipanti alle ricerche appartengono prevalentemente a donne e coppie bianche, eterosessuali e collocate in contesti socio-economici medio-alti. Da una prospettiva intersezionale, risultano pertanto numerose le soggettività non rappresentate. Le considerazioni avanzate nel presente contributo devono dunque essere intese come piste di riflessione da approfondire attraverso successive indagini. In tutela della privacy, i nomi menzionati nell'articolo sono pseudonimi.

Esperienze di gravidanza durante la pandemia

La configurazione della gravidanza quale evento intrinsecamente esposto al rischio emerge come elemento strutturante nelle narrazioni dei soggetti che hanno attraversato tale esperienza nel contesto della crisi sanitaria determinata dalla diffusione del Coronavirus. Maria, 37 anni, residente in Lombardia e alla sua seconda gravidanza, osserva: “Quando sei incinta, il rischio che qualcosa vado storto c'è sempre; puoi essere veramente sicura che non ci siano problemi solo dopo che il bambino è nato”.

Come evidenziato da Danièle Carricaburu (2007), una simile rappresentazione si iscrive nel paradigma conoscitivo proprio del sapere biomedico, il quale, attraverso la classificazione della gravidanza come “a basso rischio” o “ad alto rischio”, presuppone comunque la permanenza di una soglia di pericolo per la donna e per il nascituro. Tale dispositivo categoriale contribuisce a naturalizzare l'idea di una vulnerabilità costante che accompagna l'intero processo gestazionale.

Nel medesimo quadro, la circolazione del Coronavirus viene percepita come un fattore di accentuazione del rischio, specificamente riferito alla condizione gravidica. Pur in assenza, sul piano scientifico, di evidenze univoche circa un incremento della probabilità di contagio per le donne in stato di gravidanza, le intervistate esprimono diffusamente la percezione di una maggiore esposizione, ricondotta alla propria condizione fisiologica. In più casi, la gravidanza viene assimilata a stati clinici attribuiti ad altre categorie di pazienti considerate vulnerabili, quali ad esempio le pazienti oncologiche, producendo un parallelismo che rafforza la lettura medicalizzata dell'esperienza. Questa visione appare coerente con i discorsi egemonici del sapere biomedico, orientati a una progressiva medicalizzazione e, in certa misura, patologizzazione della gravidanza, sovente interpretata attraverso categorie prossime a quelle della malattia. In tale prospettiva, le narrazioni raccolte riflettono la razionalità biomedica che caratterizza le società euro-occidentali contemporanee (Brown, 2017) ma risultano al contempo plasmate dalla straordinarietà del frangente pandemico entro cui l'esperienza gestazionale ha avuto luogo.

La cultura del rischio nella quale il sistema assistenziale alla gravidanza è immerso e che lo radica in una razionalità tecnocratica incapace di intravederne gli aspetti socioculturali, collabora alla generazione di profondi sentimenti d'incertezza, paura ed angoscia i quali, durante l'emergenza pandemica, sono stati esacerbati anche dalla gestione dell'informazione massmediatica.

L'aumentato controllo da parte delle istituzioni su ogni attività umana è stato possibile proprio grazie a tale rafforzamento dell'*angoscia collettiva* (Boni, 2022:43) e attraverso un capillare investimento massmediatico volto nella medesima direzione. "Il pericolo è reale, ma il rischio è socialmente costruito. Chi controlla la definizione del rischio, controlla la soluzione razionale del problema. La definizione del rischio è dunque un esercizio di poter" (Slovic, 2018: 17). Stampa e televisione hanno concentrato buona parte dell'interesse sulla pandemia andando a nutrire un immaginario spaventoso generalizzato e dilagante portatore di un impatto dunque non solo sociale, ma anche politico.

Le donne si sono ritrovate, all'interno di questo scenario, a scoprire di aspettare un bambino o a programmare il parto venendo investite da un'ondata di timori e preoccupazione su vari livelli. L'intervista che segue ci mostra come le madri arrivassero a sentirsi potenziali fattori di trasmissione del virus al bambino e, conseguentemente, ad andare in apprensione al fine di igienizzare al meglio tutto:

"Come potevo non impazzire? Ascolta, avevo paura di infettarmi, di infettarlo; avevo paura di morire, che morisse e per colpa della mia disattenzione nell'igienizzare tutto. Da ogni dove sentivi parlare della possibilità di contagio, del pericolo ad uscire, a stare con gli altri. Io avrei voluto fare ecografie in continuazione per sapere se stava bene, ma no! Non era possibile. Nemmeno in ospedale potevo sentirmi tranquilla. Anzi, proprio lì dove dovresti andare per rassicurarti hai paura ancora di più di prenderlo il virus. Allora ti chiudi in casa e le paure diventano più grandi. Non sono impazzita e ancora non so come io abbia fatto." (G. 27 anni, impiegata)

Talvolta, come ci racconta M., il timore del contagio poteva divenire talmente alto da tradursi in una serie di pratiche e rituali igienizzanti ossessivi quotidiani che giungevano finanche alla richiesta agli eventuali altri figli di non avvicinarsi troppo:

"Sono una farmacista. I primi mesi di gravidanza ho continuato a lavorare. Ho già una bambina di 4 anni. Sono dovuta stare a casa prima del previsto perché rispetto all'igienizzazione avevo sviluppato una vera e propria fobia. All'ingresso nella mia abitazione mi spogliavo, gettavo gli abiti in lavatrice, lavavo le scarpe e le suole con alcool, mettevo i guanti, estraevo tutto il contenuto dalla borsa e lo cospargevo di gel. Facevo una doccia, prendevo abiti puliti e mi dirigevo al piano di sopra ove chiedevo alla mia bambina di non avvicinarsi troppo. Di sera piangevo, non reggevo tutto questo, mi rendevo conto che era assurdo ed esagerato, ma non riuscivo a

controllarmi. La televisione non l'accendevamo più perché mi toglieva il respiro.” (M. 39 anni, farmacista).

L'autodefinizione delle madri come responsabili della salute del feto si traduce in comportamenti finalizzati a proteggere sé stesse e il nascituro (Grotti, Quagliariello, 2020a), tra cui la scelta di limitare le uscite e ridurre al minimo il contatto con possibili fonti di contagio. L'auto-isolamento coinvolge anche i partner maschili. Nei casi in cui il partner lavori da casa prevale la collaborazione nel ridurre le uscite. Michele, 40 anni, professore e residente nelle Marche, racconta:

“Negli ultimi mesi della gravidanza noi non siamo più usciti. Siamo rimasti sempre a casa. Compravamo tutto online, senza uscire. Solo adesso [dopo l'avvenuta nascita della figlia] mi rendo conto del senso di paura diffuso dai media”.

Riferimento e adesione al modello medicalizzato

Il primo sapere di riferimento per la gestione dei rischi connessi alla gravidanza e alla diffusione del Coronavirus è quello medico. La necessità di consultare specialisti trova risposta nelle interazioni medico-paziente spesso realizzate a distanza, tramite telefonate o videochiamate. Come emerso dalle testimonianze raccolte, la pandemia ha accelerato lo sviluppo della telemedicina, rendendo gli incontri virtuali lo strumento principale di supporto alle pazienti e, allo stesso tempo, un mezzo di sorveglianza sul loro comportamento in gravidanza (Oudshoorn, 2011).

Parallelamente, lo spazio ospedaliero continua a costituire il luogo privilegiato per lo svolgimento di esami diagnostici, prime fra tutte le ecografie. Diversamente da altri settori della medicina, sospesi per far fronte all'emergenza Coronavirus, i reparti di maternità hanno continuato ad accogliere le donne in gravidanza e quelle in travaglio. Ciò evidenzia l'ampiezza del processo di medicalizzazione della procreazione, sviluppatosi dalla seconda metà del XX secolo a scapito di modelli alternativi, come il parto a domicilio (Ranisio, 1996).

Nonostante l'intento di garantire una continuità assistenziale, l'accesso ai servizi ospedalieri non è stato sempre costante. Allo stesso tempo, la relazione con l'ospedale è mutata durante la pandemia, facendo emergere dai racconti un sentimento di “permanente tensione”, tra la paura di frequentare un luogo percepito come potenzialmente insicuro e la necessità di proseguire i controlli medici (Grotti, Quagliariello, 2020b). Molte donne hanno descritto la decisione di recarsi in ospedale come un “azzardo necessario” da affrontare in gravidanza. Laura, 38 anni, residente in Veneto e alla prima gravidanza, osserva:

“Durante la gravidanza sono uscita solo per i controlli medici. Ogni volta che incontravo il ginecologo avevo paura di ammalarmi. Appena entravo in ospedale non

mi sentivo al sicuro. Alla fine, sono andata avanti così, dicendomi che quello che stavo facendo era giusto per il benessere del bambino”.

Paradossalmente, sebbene i medici rassicurassero le pazienti sulla non-necessità di eseguire un eccessivo numero di ecografie, molte donne hanno riferito di non poter rinunciare a tali controlli, percependo la cancellazione di alcuni appuntamenti ecografici come una forma di abbandono istituzionale. Alice, 37 anni, residente in Veneto e alla seconda gravidanza, dichiara:

“Anche se sono sicura che il bambino sta bene, questo fatto che mi hanno annullato l’ultima ecografia non mi fa stare tranquilla. Avevo bisogno di questo ultimo controllo per sentirmi del tutto serena”.

L’adesione al modello medicalizzato comporta quindi la difficoltà a concepire la possibilità di saltare alcuni esami ecografici. Come osserva Barbara Duden (1993), tali reazioni riflettono l’interazione tra lo sviluppo tecnologico, la diffusione di una società orientata alla prevenzione dei rischi e la progressiva medicalizzazione della gravidanza. L’ecografia, grazie alla sua capacità di rassicurare madri e operatori circa l’assenza di rischi, rappresenta un esempio emblematico della normalizzazione della dipendenza tecnologica durante la gestazione.

In Italia, tale tendenza è confermata dai dati Istat, i quali mostrano come il numero medio di visite mediche in gravidanza è di circa sette per donna (Istat, 2017). Tali dati contrastano con le raccomandazioni dell’Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS, 1985), secondo la quale gli interventi medici dovrebbero limitarsi ai casi in cui vi siano patologie o rischi concreti per madre e nascituro. In paesi con bassa mortalità materna, come l’Italia, le ecografie consigliate non dovrebbero superare le tre per gravidanza.

Secondo Duden, l’enfasi medica sulle incertezze e sui pericoli della gravidanza rafforza il “potere di attrazione” di un modello di assistenza centrato sulla tecnologia. Il comportamento delle donne durante i mesi di lockdown, improntato alla necessità di ecografie, può essere interpretato alla luce di queste teorie.

Diversa è stata, invece, la reazione rispetto ad altre mancanze ospedaliere prodotte dalla crisi sanitaria, come la cancellazione dei corsi di preparazione al parto. A differenza delle ecografie, queste assenze sono state raramente percepite come motivo di preoccupazione, poiché le donne hanno attivamente cercato soluzioni alternative per colmare tali lacune.

Reti orizzontali e valorizzazione del supporto ostetrico

Sebbene si possa parlare di un predominio dei professionisti ospedalieri, in primo luogo ginecologi/ghe, nella gestione della gravidanza e del parto, durante la pandemia altre risorse e attori non inclusi nel modello medico-centrato hanno fortemente partecipato alla costruzione e alla gestione dell'esperienza procreativa. Le reti di supporto familiari rappresentano un primo esempio. La ricerca di una dimensione comunitaria, o di gruppo, in cui vivere la gravidanza e i momenti successivi al parto ha visto un coinvolgimento attivo delle famiglie. Videochiamate con genitori e altri parenti, così come l'invio di foto tramite chat, sono stati tra i principali strumenti con cui le donne hanno ricevuto informazioni e consigli sull'evoluzione della gravidanza, sull'allattamento e sulla nutrizione del neonato.

Le reti orizzontali tra madri costituiscono un'altra risorsa ampiamente utilizzata dai soggetti intervistati. Anche in questo caso, le restrizioni imposte dal lockdown hanno costretto gli scambi tra mamme e future mamme a svolgersi a distanza, tramite telefono o piattaforme digitali. Una terza risorsa significativa è rappresentata dai consigli forniti da figure specializzate, in primo luogo le ostetriche. Il ricorso a queste professioniste si manifesta sia nella fase prenatale sia in quella postnatale. Nel primo caso, le ostetriche vengono contattate soprattutto per supportare la preparazione fisica e psicologica all'evento nascita. In molti casi, la cancellazione dei corsi di preparazione al parto presso le strutture ospedaliere è stata compensata da corsi individuali o di gruppo offerti online dalle ostetriche.

Dopo il parto, il riferimento alle ostetriche si concentra principalmente su consigli relativi all'allattamento e alle cure del neonato. Anche in questo caso, il supporto avviene per via telefonica o tramite consultazioni online, senza alcun incontro fisico. Secondo le esperienze dei soggetti intervistati, tali forme di supporto risultano parzialmente efficaci, soprattutto nelle situazioni complesse, come la comparsa di ragadi o mastiti durante l'allattamento. L'accesso ai consigli delle ostetriche, inoltre, non è uniforme per tutte le donne: le due madri straniere intervistate, ad esempio, hanno incontrato difficoltà significative nel reperire forme alternative di supporto al di fuori dello spazio ospedaliero.

Nonostante questi limiti, il riferimento alle ostetriche si è configurato come uno dei principali strumenti mediante cui diverse donne e coppie hanno cercato di affrontare al meglio la gravidanza, il post-parto e, in alcuni casi, persino l'esperienza del parto stesso. In molte situazioni, l'obiettivo è stato quello di evitare i grandi centri ospedalieri, preferendo ospedali più piccoli, dove l'assistenza al parto è affidata principalmente alle ostetriche.

L'accesso a questo tipo di strutture ha riguardato in particolare donne e coppie residenti nelle aree del Nord e del Centro Italia, dove è presente una maggiore varietà di luoghi per partorire, grandi centri ospedalieri, reparti di piccola e media dimensione, case maternità, rispetto al Sud del Paese (Quattrocchi, 2018). Questa

disparità territoriale si è accentuata durante la pandemia, quando le possibilità di mobilità interregionale sono venute meno.

In alcuni casi, alcune donne e coppie hanno scelto di evitare del tutto gli spazi ospedalieri, optando per il parto a domicilio³. L'opposizione a un modello assistenziale ospedaliero e tecno-centrato è da leggere, in questa prospettiva, come una forma di resistenza al potere medico. La scelta di rivolgersi alle ostetriche può essere interpretata in questa chiave, suggerendo che la crisi sanitaria legata al Coronavirus abbia rappresentato anche un'occasione per resistere alla medicalizzazione della gravidanza e del parto.

Il caso delle resistenze ospedaliere nel Nord Italia

In questo paragrafo, la riflessione ruotante intorno al tema delle resistenze verrà indagata attraverso uno specifico focus inerente alle pratiche emerse nel territorio delimitato dai confini della Regione Lombardia. Ciò che accompagnerà la nostra riflessione all'interno di questo paragrafo sarà il tentativo specifico di mappare, durante il periodo pandemico, lo spazio del dissenso tramite pratiche messe in atto dagli attori in gioco. Prefigurare forme alternative, del processo di nascita, alla sistematicità del sistema prevalente e tradurle in pratiche collettive ha rappresentato, durante l'emergenza pandemica, "*un salva vita*"⁴ per molte persone, la speranza di non doversi necessariamente rassegnare a disposizioni e protocolli che venivano percepiti come "*disumane richieste*".

Una prima forma di resistenza si esprime semplicemente parlando, raccontando ciò che i poteri egemoni, nel nostro caso le istituzioni sanitarie, vogliono che non emerga, che non trovi spazio nella rappresentazione pubblica della realtà. In questo caso il mero raccontare esperienze che mettono in luce le criticità delle direttive sanitarie e l'indisponibilità di molti di conformarsi, diventa di per sé un pericoloso atto resistenziale. A questo riguardo può essere utile, ai fini della discussione, fare un riferimento alla riflessione di Scott rispetto a quello che lui denomina *verbale segreto*, il quale

“per definizione rappresenta il discorso (gesti, parole, azioni) che l'esercizio del potere di norma porta a escludere dal verbale pubblico dei subordinati. È la pratica della dominazione, quindi a creare il verbale segreto. Se la dominazione è

³ Riguardo alla maggiore incidenza di parti a domicilio in Italia nel contesto della pandemia da Covid-19: https://www.ilmessaggero.it/roma/news/coronavirus_le_ostetriche_la_quarantena_ha_fatto_aumentare_i_parti_a_casa_anche_a_roma-5178480.html; https://wisesociety.it/piaceri-e_societa/cose-il-parto-in-casa-e-come-si-svolge-covid/

⁴ Termine ricorrente nelle interviste per descrivere l'importanza dell'aver sperimentato forme di resistenza e socialità che sfidavano l'ordine esistente.

particolarmente rigida, è probabile che produca un verbale segreto altrettanto elaborato. Il verbale segreto dei gruppi subordinati, infatti, reagisce al verbale pubblico generando una sottocultura” (Scott, 2006: 53-54).

Una forma di resistenza, questa, che molte altre ostetriche hanno nominato utilizzando diverse espressioni. Tra queste:

“è tutto quello che ci resta da fare: raccontare”, “Mi sembra che sia questo il modo che ho per oppormi a ciò che vedo: lasciarne traccia”, “Attraverso questa intervista sento di poter riscattare una visione della nascita e del mio lavoro divergente rispetto a quello che ci viene imposto. Per favore scrivilo che tante di noi hanno sofferto le regole che venivano imposte. Almeno lo possiamo dire?”. (S. ostetrica ospedaliera, 37 anni)

Un lasciare il segno, dunque, attraverso il racconto, di un sentire differente rispetto all’immaginario diffuso ed imposto che pervadeva il tessuto sociale. Questa la forma di resistenza in cui la maggior parte delle ostetriche intervistate si riconosceva e che le parole di questa coordinatrice riescono ad esprimere con cura. Raccontare diventa resistenziale solo quando si attivano forme di censura, ovvero di repressione di certe espressioni. La gestione pandemica istituzionale, tema divisivo e sensibile, si difende imponendo una forte standardizzazione alle operatrici (ovvero minimizzando attraverso il controllo pratiche divergenti a quelle protocollari) e l’inibizione della pubblica espressione di dissenso. La percezione delle ostetriche che parlare fosse un atto di resistenza fa quindi riflettere su quanta polifonia sia ammessa in ambito terapeutico e sulla vulnerabilità e ricattabilità delle operatrici costrette a pratiche professionali che ritenevano deleterie, senza poterle discutere e/o modificare. A questa percezione, di essere in grado di opporre una visione differente attraverso il racconto di ciò che è stato, si aggiungono le molteplici forme di dissenso che alcune operatrici della nascita hanno scelto di agire. Un primo esempio è dato dalle testimonianze di coloro che hanno organizzato, in piena emergenza pandemica, gruppi di resistenza alla richiesta di isolamento e distanziamento fra gli individui. Tali esperienze rimandano direttamente alla riflessione condotta da J. Scott proprio nei confronti della sorveglianza e dell’atomizzazione degli individui, quali precondizioni imprescindibili affinché le forme di dominio possano essere pubblicamente legittimate. Scrive:

“Le forme di subordinazione [...] possono anche essere legittimate, a patto che i subordinati siano più o meno completamente atomizzati e tenuti sotto stretta sorveglianza. Ciò che è necessario è la totale abolizione di qualunque spazio sociale ove sia possibile una relativa libertà di parola. In altre parole, le condizioni sociali in

cui può prodursi un verbale segreto tra i subordinati devono essere eliminate” (Scott, 2006: 134).

Vedremo come i casi riportati rappresentino proprio uno sforzo volto in tal senso, alla protezione di spazi condivisi in cui poter liberamente esprimere il dissenso ed incontrarsi di persona, faccia a faccia, in un momento in cui questo non era consentito. Il primo caso riguarda un ospedale pubblico lombardo nel quale un gruppo di ostetriche, nonostante l'impossibilità di organizzare incontri fra mamme perché le stanze adibite non erano sufficientemente ampie per garantire il distanziamento, pur di non lasciare da un giorno all'altro le donne prive di alcun supporto, hanno inizialmente svolto due incontri “non autorizzati” facendo entrare le partecipanti da due ingressi diversi (con il loro accordo). Successivamente, hanno deciso di offrire in forma gratuita un corso aggiuntivo, in modo tale da poter dividere il gruppo in due parti, garantendo in questo modo un numero di presenze ritenute opportune dai protocolli Covid. Una di loro racconta:

“Sarò una testa calda, lo so, ma sono certa che il danno peggiore per tutte loro sarebbe stato richiudersi in casa con le angosce ed il terrore di ciò che stava accadendo fuori. Il cerchio è stato un fattore protettivo grande. Sì, potevano scoprire che avevamo svolto degli incontri ‘fuori legge’, ero pronta ad assumermene la responsabilità. Sentivo importante non accettare e basta ciò che mi dicevano di fare. Arriva un momento in cui devi decidere se vale la pena rischiare o no per difendere l'umanità. Perché di questo si è trattato, difendere ciò che di umano c'era in noi”. (B., Ostetrica ospedaliera, 46 anni)

In una casa maternità invece, in cui era possibile avere uno spazio parzialmente protetto dallo sguardo istituzionale, le ostetriche che la gestiscono hanno lasciato libere le famiglie di frequentarlo anche durante il lockdown. Si sono organizzate così:

“Abbiamo detto loro dov'erano le chiavi. Chi ne aveva bisogno ci chiedeva una ricetta per visita ostetrica e noi la producevamo, in modo tale da fornire garanzia nel caso di un controllo durante il tragitto verso la struttura. In realtà si incontravano fra di loro. Tenevano le tende chiuse in modo tale che da fuori non si vedesse. Non hanno mai smesso di farlo. Io sono certa che sia stato un fattore di salute immenso per tutte loro. Non separarsi, non sentirsi sole, rimanere vicine e potersi abbracciare, raccontare”. (P., ostetrica casa maternità, 45 anni)

L'esperienza di queste donne procede durante tutta l'emergenza pandemica e si sviluppa nel tempo. Le ostetriche mi raccontano che abitualmente, con cadenza mensile, si riuniva un gruppo per discutere temi legati alla puericoltura che potevano

spaziare dall'allattamento, al sonno e così via. Decisero, come equipe, di proseguire con tale proposta, ma con l'intento esplicito di far incontrare le coppie di persona al fine di condividere i vissuti legati alla situazione dettata dalla pandemia. Gli incontri venivano da loro denominati proprio "Resistenza". Un'ostetrica racconta:

"E di questo si è trattato: abbiamo deciso di ascoltare la richiesta di aiuto di queste donne che sentivano il bisogno di stare insieme e di incontrarsi. Stavamo a distanza, chi voleva metteva la mascherina. Ognuno si ascoltava. Permettere l'incontro è stata la nostra forma di resistenza e lo rifarei mille volte. Sottostare a normative che, dal punto di vista della salute, per noi non avevano alcun valore ci sembrava contro ogni logica. Abbiamo scelto di opporci e di lasciare che la nostra casa divenisse luogo di salute, ancora una volta, forse come non mai." (N., ostetrica casa maternità, 50 anni)

Il distanziamento sociale, che durante la pandemia è stato promosso ed imposto quale tecnica di protezione dal contagio, è stato nei fatti un fattore svantaggioso nei termini dell'organizzazione della resistenza; questo perché, primariamente, sono proprio la solitudine e la mancanza di socialità ad essere condizioni primarie all'instaurarsi di dinamiche di sottomissione. Separati e lontani si è più deboli, meno efficaci in termini di autodeterminazione e attuazione di proposte alternative all'ordine vigente proprio perché, come affermò Foucault, "la condizione primaria della sottomissione è la solitudine" (Foucault, 1976a: 237). E come abbiamo visto, è stata proprio la difesa della presenza dei corpi l'uno accanto all'altro ad essere considerata la forma di resistenza principale da tradurre in pratica. La stessa ostetrica conclude con queste parole:

"Fare insieme, progettare e realizzare progetti comuni, lasciare che le donne potessero incontrarsi, guardarsi in faccia...questo è stato per noi resistere. Sembra nulla, ma in realtà la pandemia ci ha ricordato quanto sia fondamentale per restare essere umani, vivere in contatto con gli altri e proporre modi alternativi di accompagnare le madri al parto".

Le ostetriche, a riguardo, raccontano di come con il tempo emergessero forme di disagio e di senso d'oppressione che esulavano da ciò che concerne la gravidanza e di come tutti i partecipanti ritenessero fondamentale, ed aspettassero con trepidazione, il giorno in cui incontrarsi perché come ricordano alcuni fra loro: "Era la linfa che ci ha permesso di restare lucidi e di non sclerotizzare la nostra relazione di coppia", "Sapere di riuscire a stare in cerchio e poter parlare liberamente è stato meglio di qualunque medicina".

In particolare, uno dei casi citati è quello di un padre (un vigile urbano) che più di una volta chiede sostegno al gruppo perché non vuole essere a lui a dover controllare i Green Pass dei colleghi, ma nonostante la sua richiesta, il superiore gli

aveva imposto di continuare a farlo. Nei fatti, riprendendo le parole di J. Scott, ciò che hanno messo in essere queste persone è stata la creazione di una sede sociale del verbale segreto. Spiega l'autore:

“Le sedi sociali del verbale segreto sono quei luoghi in cui la risposta trattenuta, l'ira repressa, la lingua morsicata, frutto delle relazioni di dominio, trovano finalmente espressione aperta, a piena voce” (Scott, 2006: 190).

Come abbiamo visto, l'atomizzazione e la sorveglianza messe in atto dal sistema dominante durante la pandemia hanno accentuato, senza mezzi termini, lo scarto di potere fra chi emette le normative e chi le deve rispettare, subendone gli effetti. Le testimonianze delle operatrici che seguono dimostrano con chiarezza come le possibilità di resistenza siano state fortemente depotenziate, fino ai minimi termini. Come vedremo, lo stato e le condizioni della sottomissione a protocolli ritenuti eccessivi e disumanizzanti, da moltissime di coloro che si ritrovavano a doverli seguire, erano tali per cui anche i più semplici gesti, di contatto empatico ed ascolto dell'altro, erano percepiti come elementi di sovversione di un ordine che prescriveva asetticità, distanziamento e totale protezione dall'*altro*. Un'ostetrica ospedaliera che ha prestato servizio anche nei reparti Covid-19, la quale, commuovendosi, descrive così il suo sentire:

“Quando sono arrivate le direttive per assistere al parto davanti ai miei occhi già vedevo dove saremmo finiti. Chi aveva il terrore del virus ha seguito alla lettera i protocolli senza domandarsi se fossero sostenibili in termini di salute generale dei neonati e delle madri. Chi riusciva a mantenere un po' di lucidità ha cercato nel suo piccolo di disubbidire come poteva. Uno si immagina chissà che...disubbidire di questi tempi è anche solo abbassare la mascherina e fare un sorriso. Di fronte a madri in travaglio da ore che supplicano di togliere la mascherina io non sono riuscita a fargliela tenere e sì, le accarezzavo. Sì, l'ho fatto e avevo i brividi pensando fosse una cosa vietata. O disubbidivo o io al lavoro non potevo più andare. Ero arrivata al punto che le mascherine, col consenso chiaramente, gliele abbassavo io quando le contrazioni si facevano più ravvicinate e stavo loro accanto, tenevo loro la mano. C'erano colleghe che nel reparto Covid, le rare volte che entravano, stavano sulla porta, non si avvicinavano alle donne e le lasciavano totalmente sole in travaglio”. (A. Ostetrica ospedaliera 43 anni)

Gesti e parole che esprimono vicinanza emotiva e prossimità corporea si fanno atti di resistenza e paiono, agli occhi di coloro che li esercitano, indiscutibilmente necessari per il loro benessere e quello delle partorienti. D., un'altra ostetrica ospedaliera, racconta:

“Ricordo quanto parlassi alle donne, parlavo della difficoltà che percepivo nell’affrontare così il travaglio, raccontavo della mia difficoltà di operatrice nel non poter fare tutto ciò che avrei voluto, ma le guardavo dritte negli occhi e dicevo loro che ero lì, accanto, prendevo loro la mano, dicevo loro che non avevo paura che non le avrei lasciate da sole. In un clima di isteria generale nelle corsie e nella sala parto sapersi fermare e parlare dolcemente a quelle donne, che si ritrovavano a partorire, era un atto che non ha aiutato solo loro, ma anche me come individuo. Sentire che potevo e riuscivo a vivere un contatto genuino con un altro essere umano, senza timore e angoscia, ti assicuro che sembrava una rivoluzione”.

Un aspetto in particolare ha concesso un margine di azione maggiore, permettendo a coloro che lo ritenevano necessario di aggirare le normative e procedere diversamente. Si tratta della presenza dei padri o comunque di una persona di fiducia durante il travaglio ed il parto. A questo riguardo l’esperienza di un ginecologo che, per coloro che conosceva, trovava il modo di far entrare il compagno ed eventuali altri figli durante le ecografie, è emblematica. Riportando le sue parole:

“Li facevo camminare dietro di me. Li andavo a chiamare. Non li facevo passare nei corridoi da soli altrimenti li avrebbero fermati. Con me davanti tutti pensavano ci fosse una buona ragione se permettevo loro di entrare. E così ci chiudevamo in studio e facevamo la nostra ecografia. Io sono un medico, ma queste non erano disposizioni dettate dalla volontà di arginare un virus. Erano mascherate come tali, ma sono servite solo a creare paura e a sottomettere. Io come ho potuto ho continuato a costruire un mondo diverso, pur proteggendomi certo come ritenevo opportuno” (L. ginecologo, 55 anni).

Sempre col medesimo obiettivo, di permettere alle donne di avere accanto una persona di fiducia, emergono i racconti della quasi totalità delle ostetriche intervistate quando ricordano di come portarono avanti una vera e propria campagna di sensibilizzazione sull’importanza di recarsi in ospedale il più tardi possibile. Questo, come ci descrive F.,

“era il principale strumento di resistenza in mano alle donne e noi avevamo il dovere di informarle tutte. Andare in ospedale tardi ti proteggeva in buona parte dalla possibilità di restare sola e di imbatterti in un clima di tensione poco accogliente. ‘State a casa!’ dicevo loro, ‘coi vostri compagni, e recatevi in ospedale quanto più tardi potete”.

Circa un terzo delle donne intervistate ha seguito questi consigli. Molte fra loro esprimevano una profonda gratitudine per essere state orientate in tal senso. Queste alcune loro espressioni:

“Credo ci abbia salvato la nostra ostetrica. Io non ci avrei pensato invece lo abbiamo fatto. Siamo restati a casa, in doccia, e poi siamo andati in clinica. Mio marito è entrato subito perché era già molto dilatata”.

Su questo argomento è profondamente significativa l’esperienza di mobilitazione collettiva promossa da un’associazione Bolognese, *Voci di Nascita*, fondata nel 2017, “con lo scopo di stimolare e promuovere la cultura della nascita e della genitorialità attraverso varie forme di attivismo sociale e servizi alle famiglie” (Benaglia, Canzini, 2022: 111). *Voci di Nascita* durante la pandemia diviene il luogo del coordinamento di un’azione politica volta alla difesa dei diritti delle partorienti:

“Durante i primissimi tempi della pandemia, l’attività dell’associazione è stata orientata ed assorbita dalla campagna ‘Insieme si concepisce, insieme si partorisce’, in risposta all’esclusione dei partner dalle sale parto degli ospedali cittadini” (Benaglia, Canzini, 2022: 112).

Il 17 aprile 2020 *Voci di Nascita* invia una lettera di denuncia alle autorità politiche e sanitarie locali a nome di genitori, professioniste e professionisti sanitari, così come attiviste ed attivisti della nascita con l’obiettivo di porre l’attenzione sulla sospensione del diritto delle donne ad essere accompagnate da una persona di fiducia durante travaglio e parto. Il modello della lettera viene utilizzato ed inviato da decine e decine di famiglie agli ospedali in cui avrebbero voluto partorire. Daniela Canzini, fondatrice dell’associazione, racconta come:

“Quello che abbiamo voluto promuovere era un’azione politica che il singolo svolgesse, ma non da solo. Da soli non si fa nulla. Il singolo si muoveva con dietro una comunità di supporto; lo strumento che abbiamo utilizzato per la nostra lotta è stata una lettera di denuncia che potevano utilizzare in anonimato anche gli operatori e le operatrici. Per essere ascoltati bisogna unirsi, serve partecipazione attiva e gli strumenti normativi per difendersi ci sono. Basta conoscerli. Divulgavamo tutto attraverso i social. Sono arrivate richieste da ogni parte d’Italia”⁵.

L’azione condotta da *Voci di Nascita* ha portato all’apertura di un tavolo di discussione con le autorità e all’allentamento delle misure maggiormente restrittive. Come precisa la stessa Daniela Canzini durante l’intervista:

⁵ La lettera completa è consultabile sulla pagina Facebook dell’associazione “*Voci di Nascita*”. <https://www.facebook.com/vocidinascita/>.

“ciò che abbiamo ottenuto è stata la diminuzione dei tempi e quindi la possibilità che i padri raggiungessero prima le loro compagne. Ho sentito di aver contribuito alla resistenza nei confronti di un sistema che ha mostrato tutta la disumanità di cui è capace, l’orientamento sottomissivo e depotenziante che sta alla base dell’accompagnamento alla nascita del nostro servizio sanitario nazionale”.

Resistenza nell’accompagnamento al parto extra-ospedaliero

Le ostetriche libere professioniste che operavano entro Case Maternità oppure a domicilio hanno registrato, con lo scoppio della pandemia, un innalzamento importante delle richieste dovuto principalmente a due fattori: il timore di risultare positive al tampone in ospedale e, quindi, vedersi negare la possibilità di avere una persona di fiducia accanto e di stare pelle a pelle col proprio bambino, e quello di poter entrare maggiormente in contatto col virus proprio perché entro le mura ospedaliere. Tuttavia, soprattutto in fase iniziale, molte delle richieste non sono state accettate dalle ostetriche perché proveniente magari da donne in epoca gestazionale troppo avanzata per un percorso di avvicinamento al parto che desse la necessaria fiducia all’ostetrica. Mi spiega R., ostetrica domiciliare:

“arrivavano telefonate di donne disperate ed in preda al panico, magari al sesto/settimo mese. Non volevano andare in ospedale per alcun motivo, ma per un parto a domicilio conoscersi durante la gravidanza, instaurare una relazione significativa è fondamentale, può essere un fattore di rischio accompagnare una donna senza un adeguato percorso precedente. In questi casi, molto spesso optavamo per proporre un accompagnamento domiciliare durante il travaglio con successivo accompagnamento in ospedale”.

In una prima fase l’assistenza extraospedaliera va, dunque, a compensare in vario modo le carenze strutturali del sistema, accentuate dalla gestione pandemica. In base alle testimonianze raccolte, molte delle operatrici domiciliari hanno scelto di assistere le donne continuando a seguire i parametri e le direttive precedenti alla pandemia, assecondando i desideri delle coppie circa la gestione del virus. Tutte le operatrici intervistate hanno assecondato questo disegno assistenziale scegliendo ad esempio di accompagnare a domicilio donne che risultavano positive, ma con un quadro clinico in assenza di sintomi gravi. T., ostetrica libera professionista racconta:

“Io cosa avrei dovuto fare e seguire a seguito della pandemia non lo so. Non l’ho voluto sapere. A me interessava lo stato clinico della donna, il tampone non glielo facevamo. Se stava bene si stava a casa, se non stava bene e valutavamo che era meglio un trasferimento, si andava in clinica. Tutto qui. Ho assistito donne

asintomatiche che avevano un tampone positivo fatto magari in ospedale a seguito di un controllo, non le ho abbandonate. Magari da protocollo non avrei potuto, non lo so. O facevo così o mi sarei sentita morire. Tenevo la mascherina, lavavo le mani. Ecco la cosa più importate è che ascoltavo le donne e facevo ciò che le rendeva tranquille. Se vedevo due donne nella stessa giornata, andavo a casa e mi cambiavo gli abiti fra una visita e l'altra. Abbiamo resistito così: lasciando che chi lo desiderava potesse vivere serenamente e liberamente la propria esperienza”.

A questa forma di resistenza va aggiunta infine quella che fa riferimento agli aspetti economici relativi all'assistenza privata domiciliare: in Lombardia il parto a casa grava interamente sulle spalle dei privati cittadini rendendolo una scelta a volte non perseguibile. P., l'ostetrica di una Casa Maternità, racconta di come, in epoca Covid, l'equipe a cui fa riferimento avesse stabilito di andare maggiormente incontro alle famiglie bisognose:

“Siccome la richiesta era aumentata e quindi anche le entrate, abbiamo potuto permettere a chi lo desiderava, ma non poteva per mancanza di fondi, di intraprendere comunque il percorso nascita con noi o gratuitamente (due casi) oppure dando solo ciò che erano in grado di offrire, anche piccolissime somme. È stato il nostro modo di opporre un freno alla deriva sanitaria in corso.”

Questo aspetto, rendere possibile ad un numero maggiore di famiglie la scelta di partorire a casa attraverso formule economiche più agevoli, è stato riportato dal 50% delle ostetriche libere professioniste intervistate. Come illustra S.,

“il parto a domicilio è già di per sé una forma di resistenza al sistema altamente medicalizzato e tecnologizzante che pervade il mondo della nascita. In epoca Covid ciò che ci restava da fare era concedere al numero maggiore di famiglie che lo desideravano, di restare a casa. Abbiamo risposto permettendo di abbassare i costi per chi era in difficoltà, di pagare in tempi lunghi, di dare ciò che si era in grado di dare. È stato possibile perché c'era più lavoro ed è stato indispensabile. Non potevamo abbandonare donne incinta in preda al terrore”.

C., un'altra operatrice libera professionista, racconta come la possibilità offerta ad un numero maggiore di famiglie di potersi permettere un accompagnamento privato, abbia rappresentato non solo un atto di gentilezza e solidarietà, ma soprattutto un agire sovversivo nei confronti delle logiche di mercato e profitto che regolano le dinamiche aziendali in cui il sistema sanitario si muove. Riportando le sue parole:

“Ho avvertito come riuscire a liberarci parzialmente dalle condizioni economiche, immaginandoci modi alternativi di pagamento finanche l’azzeramento dei costi grazie al fatto che ci fossero più entrate, abbia rappresentato un atto rivoluzionario in un mondo in cui sembra che l’unica ragione d’essere dell’uomo e delle organizzazioni debba essere il profitto, sempre e sempre più profitto. Abbiamo messo davanti le persone e le relazioni. Abbiamo guadagnato di meno sì, ma in cambio della salute mentale e di un senso di libertà e speranza di tante di noi così come delle donne”.

Conclusioni

Come emerge dai racconti dei soggetti che hanno vissuto la gravidanza e il parto durante i mesi di lockdown in Italia, l’accresciuto sentimento di responsabilità nei confronti del nascituro si esprime nella preoccupazione di non riuscire a svolgere tutte le ecografie previste, o ancora in quella di dover recarsi in ospedale per effettuare tutti gli accertamenti medici necessari. Questi sentimenti contrastanti evidenziano un paradosso socio-politico, connesso alla decisione di frequentare uno spazio – l’ospedale – percepito come potenzialmente pericoloso, ma al contempo istituzionalmente considerato essenziale per assicurare l’esito positivo della gravidanza e del parto.

Parallelamente, il controllo esercitato dai professionisti ospedalieri – in primo luogo i/le ginecologi/ghe – sulla gestione della gravidanza e del parto ha assunto modalità nuove durante la pandemia, quando le visite prenatali e altre pratiche di sorveglianza sul corpo gestazionale si sono progressivamente trasferite all’interno dell’ambiente domestico grazie all’accresciuto sviluppo degli strumenti della telemedicina.

L’esplosione dell’emergenza sanitaria appare inoltre quale lente privilegiata su dinamiche bio-politiche inerenti agli argomenti in oggetto e al quadro sanitario nazionale, già profondamente in crisi. Questo aspetto risulta imprescindibile nel momento in cui assumiamo che:

“L’importanza assunta dalla medicina con l’emergere del biopotere si spiega proprio per il legame che essa stabilisce con i processi biologici, che interessano la popolazione, e i processi organici, che interessano gli individui. Grazie al suo esercizio de facto, partecipa sia alla produzione che alla giustificazione di quelle norme che, da un lato, si presentano come una risposta alla domanda di salute degli individui e, dall’altro, nutrono le nuove strategie di potere, regolazione e gestione delle popolazioni. E, proprio attraverso le norme che essa giustifica e produce, le tecniche di disciplina si vedono in un certo senso duplicate da tecniche di gestione e di regolazione, che estendono l’inquadramento della vita dall’individuo alla popolazione, dall’organico al biologico” (Benasayag, 2010: 11-12)

Un potere diffuso, indirizzato al disciplinamento dei corpi e alla regolazione delle popolazioni attraverso la promozione di norme, saperi, pratiche e consuetudini entro la cornice di un più generale processo normalizzante. Allo stesso tempo, come evidenziato da M. Foucault, all'interno di ogni circuito culturale:

“se la logica del dominio è realizzare la completa atomizzazione e sorveglianza dei subordinati, essa produce una corrispondente resistenza dal basso (Scott, 2006:202)”. Questo perché “il processo di diffusione di disposizioni e credenze genera, in maniera più o meno pronunciata e diffusa, con gradi e modalità variabili, difformità del pensiero prevalente, ovvero l'emergere di soggettività e prassi culturali che si distanziano dalle credenze e dai canoni egemonici” (Foucault, 2020:213). È quindi, secondo la prospettiva dei Comaroff “impossibile che qualsiasi egemonia possa rivendicare tutti i segni nel mondo come propri” (Comaroff, Comaroff, 2011:79).

Numerose risultano, infatti, le strategie di resistenza adottate sia nella fase prenatale sia in quella postnatale, e talvolta durante la stessa gestione del parto. Quello che emerge, in particolare, è un arcipelago di pratiche e visioni dissidenti costituito da un'ampia variabilità: dalla resistenza insita nella possibilità di narrare quanto stesse accadendo agli aspetti legati all'assistenza al parto ospedaliero ed extraospedaliero (prassi delle operatrici, modalità di affrancamento da protocolli ritenuti disumani, strategie per ovviare al distanziamento e garantire la presenza di una persona di fiducia in sala parto). Ugualmente appare importante citare la percezione comune tra le operatrici sanitarie -in primo luogo rappresentate dalle ostetriche – di opporre un modello alternativo rispetto all'egemonia prevalente anche solo attraverso i sorrisi, le carezze e gli sguardi empatici; o ancora opponendosi alle logiche del mercato delle cure proponendo modelli alternativi di scambio e sostegno economico.

Le molteplici forme di resistenza incontrate compongono dunque un quadro entro cui emerge fino a che punto/quanto, nel momento in cui l'autoritarismo si fa maggiormente pressante e pervasivo, la dissidenza venga vissuta e sentita quale *dovere morale*, strada percorribile per poter continuare ad avvertire di avere ancora fra le mani il senso del proprio lavoro, per le operatrici sanitarie, ed il valore della propria esistenza, per le donne e le coppie che abbiamo avuto l'opportunità di incontrare potendone, attraverso questa indagine, ascoltare i vissuti e le storie.

Bibliografia

Aime M. (2008), *Il primo libro di antropologia*, Torino, Einaudi.

Attwood F., Hakim J., Winch A. (2017), *Mediated intimacies: bodies, technologies and relationships*, *Journal of Gender Studies*, 26 (3): 249-253.

Barata C., Morgado Neves D., Santos M. (2020), *COVID-19 Containment Measures, Perinatal Experiences, and the Fight for Childbirth Rights in Portugal*, *Medical Anthropology Quarterly*, online collection, 2, <http://medanthroquarterly.org/2020/08/11/covid-19-containment-measures-perinatal-experiences-and-the-fight-for-childbirth-rights-in-portugal/>.

Benasayag M. (2020), *La salute ad ogni costo. Medicina e bio-potere*, Milano Vitaepensiero.

Boni S., (2011), *Culture e poteri. Un approccio antropologico*, Milano, Elèuthera.

Boni S. (2022), *Eliminare il virus, schermare i corpi*, in O. Costantini, S. Boni, S. Portelli, S. Consigliere, C. Vergnano, M. G. Cammelli, M. Van Aken, D. Canestrini, *Antropologia di una pandemia*, Terra Nuova, Firenze, 43.

Brown P. (2017), *Theories of Uncertainty and Risk across Different Modernities*, London, Routledge.

Carricaburu D. (2007), *De l'incertitude de la naissance au risque obstétrical: les enjeux d'une définition*, *Sociologie et Sociétés*, 39(1).

Comaroff, J., Comaroff J. (2011), *Of revelation and Revolution, vol.1: Christianity, Colonialism, and Consciousness in South Africa*, Chicago University Press, Chicago, 191, p. 21, in S. Boni, *Culture e poteri. Un approccio antropologico*, Elèuthera, Milano, p. 79.

Costantini O., S. Boni, S. Portelli, S., 2022, Consigliere, C. Vergnano, M. G. Cammelli, M. Van Aken, D. Canestrini, *Antropologia di una pandemia*, Firenze, Terra Nuova.

Crudo A. (2004), *Ripensare la malattia. Dall'etnomedicina all'antropologia medica e alla psichiatria culturale della Harvard Medical School*, Lecce, Argo.

Davis-Floyd R. (1992), *Birth as an American Rite of Passage*, Berkley, University of California Press.

Davis-Floyd R., Gutschow K., Schwartz D.A. (2020), *Pregnancy, Birth and the COVID-19 Pandemic in the United States*, in *Medical Anthropology*, 39 (5): 413-427.

Duden B. (1993), *Il corpo della donna come luogo pubblico*, Torino, Bollati Boringhieri.

Foucault M. (1976a), *Sorvegliare e punire: Nascita della prigione*, Einaudi, Torino.

Foucault M. (1976b), *The History of Sexuality, Vol. 1: An Introduction*, New York, Random House.

Foucault M. (2020), *Bisogna difendere la società. Corso al Collège de France (1975-1976)*, trad. it. M. Bertani, A. Fontana, Milano, Feltrinelli Editore.

Gojard S. (2010a), *Le métier de mère*, Paris, La Dispute.

Gentile L. Quagliariello C., Sestito R., (2022), a cura di, *Coronial, Antropologia della riproduzione e della sessualità al tempo del Covid-19*, Milano, Franco Angeli.

Grotti V., Quagliariello C. (2020a), *Partorire da sole*, in *Genere*, <http://www.ingenere.it/articoli/partorire-da-sole>.

Grotti V., Quagliariello C. (2020b), *Birthing Alone: Pregnancy and Maternity Care in the Shadow of COVID-19 in Italy*, *Medical Anthropology Quarterly*, online collection, <http://medanthroquarterly.org/2020/06/19/birthing-alone-pregnancy-and-maternity-care-in-the-shadow-of-covid-19-in-italy>.

Istituto Nazionale di Statistica (2017), *La salute riproduttiva della donna*, Roma (ISBN 978-88-458-1944-5).

Johnson Searcy J., Castañeda A.N. (2020), *COVID-19 and the Birth of the Virtual Doula*, *Medical Anthropology Quarterly*, online collection, <http://medanthroquarterly.org/2020/06/19/covid-19-and-the-birth-of-the-virtual-doula>

Lughod L.A., (1990), *Il romanticismo della resistenza: tracciando le trasformazioni di potere attraverso le donne beduine*, *American Ethnologist*, 17(1):42-42.

Mauss M. (1936) *Les techniques du corps*, Journal de Psychologie, XXXII, presentato alla Société de Psychologie il 17 Maggio 1934.

OMS (1985), *Recommendations on Appropriate Technology for Birth*, Genève.

Oudshoorn N. (2011), *Telecare technologies and the transformation of healthcare*, London, Palgrave Macmillan.

Quattrocchi P. (2018), *Oltre i luoghi comuni. Partorire e nascere a domicilio e in casa maternità*, Firenze, Ed.it.

Raniso G. (1996), *Venire al mondo. Credenze, pratiche e rituali del parto*, Roma, Meltemi.

Scott J.C. (2006), *Il dominio e l'arte della resistenza*, Milano, Elèuthera.

Slovic P. (2018), *The perception of risk*, Routledge, Londra, in A. Regalia, G. Colombo, *La nascita: rischi reali, pericoli percepiti*, Roma Carocci, 17.

Yuill C. (2020), *Reproductive rights in the time of COVID-19*, Somatosphere, online collection, <http://somatosphere.net/2020/reproductive-rights-in-the-time-of-covid-19.html/>.

Yuill C., McCourt C., Lucia Rocca-Ihenacho L. (2020), *'Pop-up' birth centers? Considering COVID-19 responses and place of birth in England*, Medical Anthropology Quarterly, online collection, <http://medanthroquarterly.org/2020/06/19/pop-up-birth-centers-considering-covid-19-responses-and-place-of-birth-in-england>

