



UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI
PADOVA
Dipartimento di Filosofia, Sociologia,
Pedagogia e Psicologia applicata
FISPPA

Corso di laurea triennale in Scienze
Sociologiche

NARRARE IL PARTO E LA VIOLENZA OSTETRICA

Un percorso di ricerca qualitativa

Tesi di laurea triennale
A.A. 2023/2024

Relatrice: Annalisa Maria Frisina

Laureanda: Emma Donati
Matricola: 2032222

INDICE

INTRODUZIONE	2
CAPITOLO 1 – LA SOCIOLOGIA E LO STUDIO DEL PARTO	
1.1 La sociologia della salute e della medicina	5
1.2 Il processo di medicalizzazione del parto	8
1.3 La violenza ostetrica nella narrazione sociologica	13
CAPITOLO 2 – LO STATO DELL’ARTE TRA SFERA SOCIALE E INDIVIDUALE	
2.1 La prospettiva della sociologia di genere	18
2.2 Emozioni che devono essere provate	21
2.3 L’ascolto e l’informazione come pratiche di cura	25
2.4 Confronto e conforto tra donne	32
CAPITOLO 3 – UNA RICERCA QUALITATIVA E NARRATIVA	
3.1 La ricerca	37
3.2 Rapporto con l’istituzione medica	42
3.3 Scollamento di percezioni	50
3.4 Supporto e ascolto: tra mancanze, gratitudine e desideri	57
CONCLUSIONI FINALI	66
BIBLIOGRAFIA	69

Introduzione

La mia tesi si colloca idealmente come una tappa di un lungo percorso di dialogo e ascolto sul parto e sulla violenza ostetrica, offrendo un contributo di ricerca utile alla co-costruzione di modalità nuove e creative di cura individuali e di gruppo.

Consapevole del fatto che ci siano moltissimi altri soggetti che collaborano alla rappresentazione quotidiana del parto, ho scelto di focalizzare la mia attenzione sulle immagini e le narrazioni di alcune donne rispetto alla loro esperienza, tentando così di accogliere diversi vissuti e cercando di riflettere sulle forme di cura a loro riservati e sulle dinamiche di costruzione degli idealtipi di parto o di madre che si ritrovano a dover sostenere.

Il primo capitolo offre una panoramica introduttiva sulla sociologia della salute e della medicina, per poi sviluppare un *excursus* storico sui processi di medicalizzazione del parto ed infine sul tema della violenza ostetrica.

Il secondo capitolo presenta le ricerche che rappresentano lo stato dell'arte sul fenomeno e introduce concetti che ne arricchiscono la comprensione, adottando diverse prospettive sociologiche.

Il terzo capitolo è dedicato alla ricerca qualitativa. Dopo aver presentato il percorso metodologico della mia indagine, mi soffermerò su tre temi che sono emersi come particolarmente rilevanti per le esperienze delle donne che ho incontrato nella ricerca: il rapporto con l'istituzione ospedaliera; lo scollamento di percezioni e l'ascolto e il supporto ricevuto o mancante.

In un'epoca in cui i diritti delle donne e la parità di genere sono al centro del dibattito pubblico, credo sia fondamentale indagare le dinamiche che conducono alla violenza ostetrica e comprendere come queste influenzino l'esperienza del parto. La sociologia, con il suo approccio critico, offre strumenti preziosi per esplorare le interazioni tra le donne e il sistema medico, evidenziando le strutture di potere e le norme culturali che perpetuano tali pratiche.

Nell'arco di questi ultimi anni, in Italia, il dibattito pubblico si accende parlando di crisi della natalità, del calo inarrestabile delle nascite, del quale spesso le stesse

donne vengono incolpate, come se si trattasse di una “crisi dei valori” che colpisce donne e madri e che le porta a non ricercare la maternità.

Attribuire la responsabilità di questo fenomeno alle singole donne è però fuorviante e porre le donne nel ruolo di capro espiatorio non aiuta certo a riconoscere ed affrontare le criticità strutturali che necessitano di profondi cambiamenti culturali e sociali.

La socializzazione alla maternità parte, da un'età giovanissima, sin dai primi giocattoli regalati alle bambine. È un'esperienza carica di molte aspettative e quando una donna sceglie di avere un figlio si ritrova a interfacciarsi con una struttura medica che però le appare quasi “indifferente”, percezione che si interseca con la sempre più consistente managerializzazione degli istituti di cura e alla pressione di continua ottimizzazione di tempi e pratiche che gli operatori sanitari si trovano a dover assecondare, spesso a discapito delle partorienti.

Dall'indagine Doxa “[Le donne e il parto](#)”, portata avanti dall'Osservatorio sulla Violenza Ostetrica in Italia emerge che per una stima di 4 donne su 10, il parto è stato lesivo della propria dignità psico-fisica; inoltre, in un numero considerevole di casi gli interventi sono stati eseguiti senza consenso.

Questa frattura crea emozioni indesiderabili e spinge all'isolamento le madri, le quali spesso vivono la maternità in uno stato di paura e solitudine, dato anche dal diradarsi di quelle che sono le reti e le istituzioni di riferimento.

Per comprendere al meglio questo fenomeno, che potremmo definire iridescente, ovvero mi sono basata su ricerche che avessero impostazioni diverse tra loro e che provenissero dai campi di studio necessari per ricostruire la complessità di questo fenomeno sociale ancora poco studiato in Italia.

Dato che la letteratura italiana sul tema è ancora scarsa, mi sono servita per la maggior parte di studi internazionali, prevalentemente statunitensi ed europei. Questi studi sono stati prodotti soprattutto da donne nell'ultimo decennio e sono di stampo femminista o facenti parti del campo della sociologia di genere o della sociologia medica.

Dal punto di vista etico, mi sono impegnata a non spettacolarizzare morbosamente i vissuti delle partecipanti, ma invece ho cercato di restituire la dignità delle loro esperienze e non nascondere gli elementi problematici emersi durante la ricerca.

La speranza è che questa ricerca possa essere facilitare nuove prese di consapevolezza e offra spunti interessanti per una riflessione collettiva.

CAPITOLO 1 - LA SOCIOLOGIA E LO STUDIO DEL PARTO

1.1 La sociologia della salute e della medicina

L'interesse verso ciò che concerne la salute e la medicina da parte della disciplina sociologica affonda le sue radici nei primi decenni del Novecento. In quel periodo coloro che iniziano ad occuparsi delle questioni sociali legate alla malattia e alla cura sono proprio gli stessi medici che cominciano ad osservare le connessioni tra la classe sociale di appartenenza e lo stato di salute dei propri pazienti.

Solamente dopo la Seconda Guerra Mondiale che il dibattito accademico si diffonde, sia negli Stati Uniti che in Europa, da quel momento anche le scienze sociali si propongono di osservare e studiare i nessi tra società, salute e medicina con studi mirati e in profondità.

Lo sviluppo più consistente, però, si ha tra gli anni Settanta ed Ottanta, favorito soprattutto dalle teorie del conflitto, che pongono l'attenzione sulle forme di potere all'interno del mondo medico, in particolare nella relazione medico-paziente; ma anche le teorie femministe hanno un'eco potente, portando avanti il movimento decostruzionista rispetto al concetto di malattia, soprattutto nel campo della malattia psichiatrica.

Gli anni Novanta rappresentano un momento di trasformazione per la salute nei paesi occidentali. Sono molte le variabili che si inseriscono e che portano a quella che verrà definita la *crisi* delle scienze mediche, condizionata da scelte e politiche economiche che si riflettono inevitabilmente anche sulla salute e sulla medicina.

Il cambiamento coinvolge molte sfere sociali: dalla commercializzazione del corpo, alla spinta sempre più pressante verso la privatizzazione dei servizi; dalla crisi dei sistemi di *welfare*, allo sviluppo rapidissimo della tecno-bio medicina (Cardano, Giarelli, Vicarelli, 2020, pp. 23-24).

In seguito, con la riforma avvenuta nel 1992 che porta alla trasformazione dalla USL, Unità Sanitaria Locale, alla ASL, Azienda Sanitaria Locale, si assiste ad una progressiva corsa alla managerializzazione dell'apparato ospedaliero. Essa si ispira al *New Public Management*, un nuovo indirizzo interno alla pubblica

amministrazione che sconvolge i metodi di direzione e le formule di dominio delle politiche socio-sanitarie.

Questo comporta un cambiamento di rotta, divenendo azienda si scelse di seguire le logiche del modello privatista, andando così a modificare interamente il ruolo e le dinamiche che inserivano l'istituzione sanitaria all'interno del tessuto sociale e politico.

Vengono istituite nuove forme di controllo verso le risorse e su come esse vengono impiegate e redistribuite, nel tentativo di raggiungere un'efficienza gestionale; si decidono nuovi obiettivi che seguono un sistema premiale, solitamente economico o di prestigio, che esalta professionisti o strutture che li raggiungono e penalizza invece chi non li incontra; infine si sviluppa il fenomeno dilagante della medicina difensiva, vale a dire la tendenza a giocare d'anticipo rispetto al trattamento dei pazienti, i quali vengono sottoposti ad analisi, trattamenti, esami, spesso non necessari, ma eseguiti affinché, se mai venisse aperta una causa, essi possano essere portati come riprova dell'accortezza e premura medica (Cardano, Giarelli, Vicarelli, 2020, pp. 278-279).

Le crepe formatesi in quegli anni di riassetto della scienza medica sono ancora ben visibili e riscontrabili al giorno d'oggi. Da qualche decennio, infatti, la sociologia della salute ha cominciato ad interrogarsi sull'effetto a lungo termine di questi fenomeni, prendendo in considerazione non solo le conseguenze sulle istituzioni e il sistema sanitario, ma anche su alcuni gruppi sociali e sui singoli individui, i quali spesso si ritrovano a doversi interfacciare con servizi di cura impoveriti e indeboliti.

In questa realtà continuamente in mutamento la sociologia della salute e della medicina si trova ad osservare il suo campo di ricerca da una duplice prospettiva: da un lato fornendo un apporto totalmente aperto all'interdisciplinarietà e al dialogo con i vari punti di vista esterni e interni al campo di studio; dall'altro ponendosi come una sub-disciplina della sociologia accademica, cercando di sovrapporre gli assetti teorici e le prospettive di riferimento alle ricerche in campo medico e che talvolta la porta ad una perdita di autonomia e ad incarnare uno status subalterno rispetto ad altri saperi.

Oltre a questo posizionamento ambivalente, la sociologia della salute e della medicina si interessa dello studio dei fenomeni leggendoli trasversalmente su più livelli. La distinzione canonica prevede una sfera *microsociale*, che prende in considerazione gli individui e le relazioni che intercorrono tra di loro, quella *mesosociale*, la quale si occupa invece di contesti comunitari e organizzativi, infine si ha la sfera *macrosociale* che si interessa di tutti gli aspetti connessi alla dimensione culturale e istituzionale su larga scala.

Ovviamente questi livelli si trovano in un permanente stato di interdipendenza ed è impossibile comprendere un fenomeno senza aver prima osservato lo scambio che intercorre tra di essi, permettendo così una lettura trasversale e articolata di un determinato oggetto sociale. Data la complessità della materia, gli aspetti da tenere in considerazione aumentano e si intrecciano andando a creare una trama densa di significati e simboli.

Un'altra delle sfide maggiori per la sociologia della salute e della medicina è sicuramente quella del seguire di pari passo il cambiamento strutturale e culturale che accompagna alcune scelte politiche, economiche e sociali che si riflettono, più o meno consistentemente, su tutto il campo medico e sui sistemi di cura, andando a trasformare il sistema sanitario e i servizi di assistenza di un determinato paese.

È importante quindi osservare i sistemi di cura attraverso un attento incassamento contestuale, che possa chiarire i rapporti di causa ed effetto che intercorrono tra i vari fenomeni sociali definiti da un certo spazio-tempo.

A fronte della criticità data dallo studiare una realtà tanto complessa ed articolata, è importante sottolineare ciò che questa prospettiva ci offre; la peculiare potenzialità dialogica di questa disciplina si pone come alternativa a quella che viene definita *violenza epistemologica*, ovvero la predisposizione a leggere la realtà sociale secondo i concetti e gli schemi di un unico sistema di conoscenza, rendendola un'egemonia conoscitiva rispetto ad altri saperi altrettanto validi, andando a perdere la ricchezza della co-creazione di nuove forme di cura (Ivi, pag. 214).

Questa visione si basa su un certo tipo di logica che la medicina tradizionale incarna, che analizza la persona sotto l'ottica del *disease*, vale a dire della diagnosi in quanto sintomatologie che devono rigorosamente corrispondere a degli schemi stabiliti a

priori e standardizzati sulla base di un paziente ideale. Spesso il termine *disease* viene messo in contrapposizione con l'idea di *illness* che, invece, si associa ad una sfera soggettiva, personale, potremmo dire anche autodeterminata di quelli che sono i sintomi di una specifica persona in un determinato stato psico-fisico.

Attraverso la *illness* si porta in luce la percezione corporea raccontata dalle persone stesse, le quali, pur non avendo una conoscenza scientifica, producono una forma sovrapponibile di consapevolezza che si fonda su sensazioni, dolori, impressioni.

Non a caso all'interno delle strutture sanitarie sono sempre più frequenti esperienze di *illness narratives*, le quali si affiancano alla medicina narrativa affinché i pazienti, ma non solo, possano raccontare le proprie esperienze di sofferenza e vulnerabilità, attribuendo loro un senso peculiare. Queste nuove pratiche che si affiancano alla medicina tradizionale valorizzano il vissuto della persona in cura, permettendo alle varie sfere della vita del paziente di trovare delle connessioni con lo stato di malessere in cui si trova, e spronando il personale sanitario ad un coinvolgimento consapevole del paziente nel suo percorso di cura.

Il processo di medicalizzazione, di cui tratteremo nel prossimo paragrafo, si fa portatore di questa stessa separazione, che si riflette ovviamente, anche su coloro che agiscono la cura e coloro che la ricevono. Così, definendo un modo "giusto" e, di conseguenza uno "sbagliato", del muoversi nel campo della salute, si è costruito un sapere autoreferenziale che, seppur facendo propri molti insegnamenti e scoperte delle tradizioni popolari, ha scelto di farsi portavoce di un determinato assetto che si basa unicamente su un metodo scientifico inteso in maniera riduttiva.

1.2 La medicalizzazione del parto

Osservando la medicalizzazione da un punto di vista sociologico potremmo definirla come il processo attraverso il quale questioni di carattere sociale, culturale o personale vengono trasformate in un fatto medico e, di conseguenza, concepite ed affrontate attraverso l'interpretazione della tecno-bio-medicina (Spano, Facco, 2001, pp. 44-45).

Questo assoggettamento al sapere medico porta ad una crescente dipendenza dalle istituzioni sanitarie e ad una riduzione del ruolo e della richiesta di supporto da parte di altre strutture legate al benessere e alla cura dell'individuo.

Negli anni il processo ha trasformato la percezione di molte sfere di vita quotidiana, come ad esempio la disabilità, la devianza, ma anche la follia e la morte, ispirando così la tendenza al patologizzare molte delle condizioni umane e a renderle sempre più esposte all'intervento esterno della tecnica medica.

Per comprendere il lungo e ricco processo che ha portato alla medicalizzazione del parto credo sia necessario ripercorrere alcune delle sue tappe più significative.

Il parto, all'interno della storia umana è stato per secoli percepito come un evento comunitario. Era un evento rituale estremamente significativo, avvolto da un alone di mistero e di fascinazione a causa del carattere liminale che gli veniva riconosciuto. L'investimento simbolico coinvolgeva l'intero gruppo, a causa anche della vasta risonanza sociale che esso suscitava ponendosi proprio come anello di congiunzione tra il passato e il futuro, un momento necessario alla riproduzione della comunità stessa, non solo in quanto popolazione, ma in quanto valori, tradizioni, schemi culturali che il bambino, successivamente cresciuto, avrebbe incarnato da adulto permettendo la loro reiterazione.

La sua connotazione può assumere un triplice senso. Un atto biologico attraverso il quale la specie umana si riproduce; un avvenimento topico rispetto alla biografia della partoriente, ed eventualmente del partner; un rito socioculturale di passaggio istituzionalizzato e definito a priori da aspettative sociali. Questo terzo significato ha un'inevitabile influenza sugli altri due, così un evento fisiologico diventa un evento culturale che subisce modifiche a seconda della narrazione di uno specifico contesto e muta con esso (Antonelli, 2016, pag. 268).

Considerando il tempo trascorso dagli umani sulla terra, ci si rende conto che, per un periodo relativamente lungo, il parto è stato gestito e controllato all'interno di una sfera quasi esclusivamente femminile e comunitaria.

D'altronde il compito di seguire la nascita, fino ad un secolo fa, era ancora affidato alla levatrice, alla suocera, o alle donne più vicine alla partoriente, in particolare a quelle più anziane che venivano ancora viste come detentrici di conoscenze ed esperienze proprie di una collettività strettamente legata alla natura.

I primi approcci alla medicina di cui si ha una riprova storica, d'altronde, furono portati avanti da quelle che venivano chiamate "guaritrici", donne esperte di erborologia, cura del corpo, medicina popolare, sessualità che vennero poi successivamente ostracizzate dalla dimensione terapeutica e additate come "streghe" o "ciarlatane", inizialmente dalla Chiesa Cattolica, poi in seguito anche da movimenti come l'Illuminismo e il Positivismo (Spano, Facco, 2001, pp. 44-45).

Attraverso l'istituzionalizzazione della medicina le donne vennero gradualmente allontanate ed escluse dall'esercitare la cura. Questa progressiva demonizzazione verso alcune sfere di *expertise* femminile fu favorita da ostacoli culturali, economici e sociali orientati proprio verso di loro, come ad esempio la caccia alle streghe dell'Inquisizione o l'introduzione dell'obbligo di un'istruzione universitaria per esercitare il mestiere medico, quando ancora alle donne non era permesso studiare. L'avvento di un nuovo immaginario culturale, basato sull'evidenza empirica della scienza come modello privilegiato, ha indotto un cambiamento nella percezione sociale riguardante malattia e salute che, gradualmente e non del tutto, ha modificato tradizioni sedimentatesi in secoli di storia umana.

Con la laicizzazione delle pratiche di cura del Settecento, alle donne fu tolta la possibilità di rimanere attive partecipanti della nascita. Attraverso questo cambio di rotta e percezione, le madri vennero sempre più disincentivate all'ascolto del proprio corpo, come canale eloquente dei propri bisogni, e, invece, spinte all'affidarsi a degli strumenti estranei al corpo, come ad esempio il forcipe, o a molte delle nuove tecniche di induzione artificiale del parto, utilizzate fino a qualche decennio fa.

Sebbene, principalmente nei contesti rurali, la dimensione comunitaria e femminile del parto abbia mantenuto delle radici più solide, l'espansione dell'industrializzazione e l'urbanizzazione di massa che si ebbe tra il XIX e il XX secolo negli stati Occidentali portò ad una disgregazione sociale molto impattante e al successivo mutamento di tutta quella rete di pratiche e cure legate alla maternità in senso lato.

Il rapido cambiamento della rappresentazione del parto è ben evidenziato da Barker (1998) in un'analisi della retorica biomedica all'interno di "*Prenatal Care*", una pubblicazione ricorrente che trattava di argomenti per donne incinta o neomamme.

La sociologa prende in esame due edizioni, una del 1924 ed una del 1935, mettendole a confronto e portando alla luce i cambiamenti consistenti avvenuti in questo breve arco di tempo.

In soli nove anni le sensazioni che venivano ritenute normali per una madre che stava affrontando una gravidanza, per i quali anche lo stesso periodico consigliava dei rimedi casalinghi, vengono completamente rivisitate nel loro significato e si inserisce l'esigenza di un parere esterno, competente, da cui farsi visitare non appena i "sintomi" della gravidanza si fossero palesati.

Questo approccio patologizzante nei confronti di un processo naturale emerge chiaramente all'interno di entrambe le edizioni di *Prenatal Care*, il linguaggio porta sempre più spesso ad immaginare il parto come potenzialmente disfunzionale, giustificando così l'intervento medico in ogni aspetto della gravidanza.

Barker sottolinea l'azione screditante nei confronti della percezione delle singole madri a favore dell'orientamento verso un tipo di cura basato sulla diagnosi e sull'esigenza di monitorare la gestazione attraverso l'uso delle tecnologie mediche.

“La retorica biomedica delegittima la conoscenza esperienziale della gravidanza. Anche se una donna smette di avere le mestruazioni, se il suo seno si ingrossa, se sperimenta nausea mattutina, se prova incontinenza o se sente il feto muoversi, lei non può sapere di essere incinta (Barker, 1998, pag. 1069)”.

Lo studio presentato da Barker si focalizza sul cambiamento culturale degli Stati Uniti dei primi decenni del Novecento, ma lei stessa ne ipotizza gli effetti ad ampio raggio su tutta la cultura Occidentale, come molti altri atteggiamenti e convinzioni che si diffusero a macchia d'olio, in particolare negli anni del secondo dopoguerra.

Il cambiamento che ha prodotto la tecnicizzazione del parto, che ha visto l'introduzione di nuovi strumenti, misure, interventi e la richiesta di un atteggiamento accondiscendente rispetto al trattamento del proprio corpo, ha modificato anche le pratiche mediche legate alla nascita.

Un altro emblema del fenomeno della medicalizzazione è sicuramente la posizione della partoriente e la sua evoluzione nella storia.

Attraverso la scelta della posizione durante il parto la donna esprime un'agency, incarna un sapere esperienziale che la guida all'interno dei vari momenti e dei movimenti, assecondando il dolore e i bisogni fisici che percepisce. Nel momento in cui il parto è stato istituzionalizzato e il suo svolgimento reso nozionistico e tipicizzato, la personalizzazione della cura e l'ingaggio delle madri sono drasticamente diminuiti.

La posizione litotomica, ovvero quella che prevede la donna con le gambe alzate, divaricate con i piedi sulle staffe, è la rappresentazione per eccellenza del parto che segue la tecno-bio medicina occidentale.

Essa cominciò ad essere introdotta dai medici del XVII secolo affinché le nuove forme di intervento e monitoraggio medico potessero essere più immediate e dirette. Infatti il corpo della partoriente in quella posizione permetteva il libero accesso, sia visivo che tattile, da parte degli operatori, costringendo le donne ad uno stato di vulnerabilità e disagio prolungato.

L'ospedalizzazione del parto portò con sé un'infinità di modifiche alla nascita, anche in quello che era stato fino a quel momento lo spazio in cui essa avveniva. Da un ambiente familiare ed intimo, circondata da altre donne e da persone fidate, si passò ad uno spazio asettico, estraneo, all'interno del quale c'era qualcuno che esigeva un totale accesso al corpo della donna e che ne decideva le sorti, spesso senza alcun tipo di dialogo con la partoriente (Cipolla, 2022, pag. 465).

Così, il parto subì un processo di revisione totale che iniziò a diffondersi dapprima come moda "moderna" delle classi elevate che vivevano nelle grandi città, fino poi a istituirsi come unico modello possibile.

Con la decostruzione delle pratiche mediche degli anni Settanta e Ottanta, l'ospedalizzazione del parto cominciò ad essere messa in discussione in particolare dai movimenti femministi che lo collegarono per la prima volta al concetto di potere sul corpo femminile da parte di un'istituzione maschile. Questo stimolo portò anche alla messa in discussione della posizione litotomica e della sua effettiva appropriatezza per il corpo femminile, e successivamente anche ad esperimenti di riscoperta delle pratiche precedenti alla medicalizzazione del parto.

Ancora oggi è la più utilizzata e la più consigliata, anche se molteplici studi negli ultimi decenni ne hanno evidenziato le criticità, purtroppo è ancora lontana la

riuscita di un'offerta di alternative fruibili da tutte le mamme senza precludere la possibilità di scelta a causa di variabili economiche o sociali.

Sebbene esistano esempi virtuosi anche in Italia, emerge troppo spesso una difficoltà nel comunicare apertamente tra medico e paziente, in questo caso la donna partoriente, e una mancata formazione o co-costruzione di una consapevolezza sul parto. Vengono, sì, offerti corsi preparto, ma distribuiti a macchia di leopardo sul territorio italiano, spesso mettendo a disposizione un numero irrisorio di posti rispetto all'esigenza reale espressa dalle mamme o dal personale sanitario. Sebbene ci sia un'attenzione progressivamente maggiore rispetto al diritto di scelta delle donne partorienti, spesso le aspettative si scontrano con una realtà istituzionale sempre meno rivolta alle donne e all'accompagnamento alla nascita.

1.3 La violenza ostetrica nella narrazione sociologica

La categoria di “violenza ostetrica” ha origini piuttosto recenti, il termine viene utilizzato in un documento ufficiale solamente nel 2007, all'interno di un elenco legalmente riconosciuto dalla Repubblica Bolivariana del Venezuela che evidenzia molte delle dinamiche di violenza e potere agite sulle donne. Successivamente nel 2015 essa viene identificata come una lesione al diritto alla salute delle donne dall'OMS, Organizzazione Mondiale della Sanità; l'anno successivo saranno cinque Osservatori della violenza ostetrica, gestiti da gruppi civili e non istituzioni, a denunciare i soprusi riportati dalle donne e a pubblicare una prima dichiarazione che andrà ad aprire la strada al dibattito pubblico rispetto a questo fenomeno che loro definiscono “una delle forme maggiormente invisibili e normalizzate di violenza contro le donne” (Sadler et al., 2016, pag.50).

Essa può essere descritta come un danno nei confronti della donna durante tutto il processo della gravidanza, del parto e del post-parto, agito dal personale sanitario più o meno consapevolmente. Ciò include carenza di consenso informato, discriminazioni, mancanza di rispetto e dignità, trattamenti invasivi non necessari, non concordati o imposti, ed ancora molto altro.

Essendo tutte queste forme di violenza connesse all'ospedalizzazione e alla medicalizzazione gli studiosi provenienti da vari campi di studio sono spinti ad

interrogarsi sulle origini e le applicazioni di queste modalità. D'altronde gli elementi che costituiscono la violenza ostetrica sono estremamente vari e fungono da connettori tra sfere sociali differenti e livelli di interdipendenza. Il fenomeno può essere osservato da un punto di vista politico-economico oppure studiandone gli aspetti prettamente fisiologici, o ancora concentrandosi su uno sguardo giuridico-legale.

Come ha sottolineato Francesco Antonelli (2016, pag. 274):

(...) la categoria della violenza ostetrica reintroduce chiaramente l'etica all'interno di una relazione che la modernità e la società industriale volevano solo come tecnica, sfruttando il forte potere evocativo e dunque comunicativo che il richiamo alla violenza di genere ha oggi assunto (...)

Sebbene la categoria sociologica sia affiorata solamente negli ultimi anni all'interno del dibattito accademico, possiamo fruire degli studi precedenti alla definizione proposta nel 2007 che si interfacciano con l'argomento e che sono altrettanto preziosi per comprenderlo nella sua complessità.

Molte delle studiose che si interessano al tema investono il genere, ed in particolare la violenza di genere, di un ruolo centrale nella caratterizzazione del fenomeno, tanto da renderla una prerogativa della stessa definizione di violenza ostetrica.

L'interconnessione tra i due aspetti risulta spesso essere molto forte, esplicativa di una problematica strutturale che prende in esame l'intero apparato medico-sanitario.

Lo si vede, ad esempio, nella concezione del dolore della partoriente, ancora strettamente legata ad un immaginario in cui la sua normalizzazione fa parte della vita di ogni donna, retaggio antichissimo della tradizione cristiana e della condanna femminile del "partorirai con dolore". Poiché il soffrire viene percepito come integrale ed inevitabile all'interno del momento del parto, lo si accetta come una routine, talvolta obbligatoria, facendo passare in incognito il trattamento svilente sia alle figure di riferimento per la donna che agli operatori di cura presenti (Cohen-Shabot, Korem, 2018, pag. 392).

Avviene un disciplinamento doppio della madre, sia da un punto di vista fisico, come abbiamo precedentemente visto attraverso la posizione del corpo e i limiti di mobilità di conseguenza imposti, ma anche un controllo emotivo e morale che

obbliga alla gratitudine e all'abnegazione totale. Tutto ciò che avviene durante il parto viene relegato ad un ruolo puramente strumentale al prodotto finale, ossia un figlio vivo e in salute, di cui si deve andar fieri e che dovrebbe, ma in sostanza non lo fa, far dimenticare ogni male alla donna che ha appena partorito, magari anche subendo qualche forma di maltrattamento (*Ibidem*).

La strumentalizzazione della vergogna e del senso di colpa risultano quindi essere molto efficaci nel silenziare le donne attraverso un set di aspettative sociali condivise che riconducono al mito della "buona madre", che deve sapere cosa è giusto fare per natura, perché in quanto donna ha già tutti gli strumenti e le conoscenze necessarie. Ciò diventa anche un modo per arginare il problema di venire a patti con le dinamiche scorrette accadute all'interno della stanza d'ospedale e così, dimessa dal luogo di cura, la donna si ritrova non solo con una responsabilità nuova e spaventosa del badare al proprio figlio, ma anche con il carico gravoso di risposte non ricevute, aspettative disattese, traumi fisici e/o psicologici per i quali non viene offerto alcun tipo di supporto all'interno della struttura ospedaliera, men che meno al di fuori.

Spesso la violenza ostetrica viene relegata ad essere solamente un'espressione di abuso, di maltrattamento in una formula accidentale, che avviene per caso, e che porta a pensare alla cura che si riceve come unicamente vincolata al "buon cuore" degli operatori che si incontreranno, non facendo altro che aumentare la sensazione che essa sia frutto di una colpa individuale del singolo medico o della singola ostetrica e mai, invece, figlia di normative e modelli di pratiche che derivano da un'impostazione generale di tutto il sistema sanitario (Sadler et al., 2016, pag. 49).

L'importanza di riconoscere la violenza come una questione strutturale ci permette di non accanirci contro specifici gruppi sociali o professionali, o il singolo ospedale che manca di attenzione nella cura (Jewkes, Penn-Kekana, 2015, pag. 3).

Se, infatti, bastasse punire il medico colpevole per scongiurare altri fenomeni di maltrattamento, le problematiche legate alla violenza ostetrica si risolverebbero in un batter d'occhio, ma così non è. Tutto ciò ci induce a riflettere riguardo le concause che collaborano alla legittimazione di queste dinamiche e alla riproduzione degli schemi di interpretazione e di conseguente azione all'interno dell'azienda ospedaliera.

La rappresentazione che viene spesso riproposta - non solo nella vita quotidiana, ma anche all'interno delle molte produzioni cinematografiche riguardanti la professione medica, molto in voga negli ultimi anni- è quella di una forte impostazione gerarchica più o meno latente o esplicita, che però esiste e coinvolge tutte le interazioni e le relazioni, interne ed esterne, all'azienda ospedaliera. Dal rapporto tra medico e paziente, a quello tra i vari professionisti sanitari, dal potere decisionale della Regione, a quello del direttore sanitario, tutti questi scambi subiscono pressioni di varia natura ed esercitano, ma al contempo subiscono, una determinata influenza.

Il potere risulta cuore fondante di molte teorie sociologiche, in particolare quelle conflittualiste, come ad esempio il concetto di "dominanza medica" presentato da Freidson (1970). La figura del medico ha una dominanza doppia in quanto soggetto riconosciuto come gerarchicamente importante all'interno della sua struttura e in quanto alla sua istituzione viene riconosciuto un prestigio elevato rispetto a tutto l'assetto macro-sociale. Incarnando il sapere esperto medico, i professionisti raggiungono uno status di "imprenditore morale" e che li spinge ad "educare", spesso adattando uno stile paternalista dell'informazione, la paziente e la rete sociale che l'accompagna. La dominanza, essendo un atteggiamento spalleggiato e interiorizzato da tutta l'azienda ospedaliera, non si esaurisce certo nelle relazioni medico-paziente, ma la si coglie nel rapporto con collaboratori sanitari o con occupazioni ausiliari ritenute socialmente meno desiderabili, sul tipo di scelte rispetto all'offerta dei servizi di cura, sulle decisioni politiche riguardanti la sanità, sui praticanti e la loro preparazione.

Quest'ultimo punto mette in luce una questione che spalanca le porte ad un altro tema altrettanto divisivo: la formazione degli operatori di cura e la regolazione della professione.

Come possiamo immaginare, le nuove direttive di stampo aziendale hanno avuto un effetto anche sull'educazione professionale degli operatori di cura, in particolare il campo dell'ostetricia ha dovuto spronare le praticanti ad apprendere competenze di carattere tecnico e pratico, come nell'esecuzione di pratiche ad alto rischio e di carattere emergenziale.

Non a caso il numero dei tagli cesarei è aumentato esponenzialmente negli ultimi decenni, anche in casi ritenuti “non pericolosi” dal personale. Il fatto che, in un numero considerevole di parti, i medici scelgano di intervenire con procedure pensate per le eccezioni anche in situazioni di un quadro clinico a basso rischio mostra l'inclinazione alla medicina difensiva e al preferire un'interferenza medica, sia dalla parte delle ostetriche ed ostetrici, che da parte delle madri in particolare se al primo parto, che scelgono di affidarsi al sapere esperto nella speranza che la competenza del personale possa garantire loro un parto confortevole e un bimbo in salute (Colombo, 2012, pag. 10).

I nuovi professionisti vengono istruiti e socializzati a certi standard di lavoro, certi ritmi, certe credenze che vengono continuamente rinforzati durante, sì, la formazione, ma soprattutto negli scambi quotidiani all'interno dell'ospedale.

Questo curriculum latente, che viene inevitabilmente trasmesso tra gli operatori di cura, dovrebbe essere inserito all'interno del dibattito pubblico sulla violenza ostetrica poiché, in alcuni casi, potrebbe essere una messa a fuoco sviante che si concentra più sulla disciplina aziendale e il modello premiante piuttosto che assecondare la vivace richiesta di un sostegno psicologico alle madri e al personale medico. D'altronde anche le misere condizioni di lavoro di molti professionisti potrebbero essere classificate come forme di noncuranza e abuso, altrettanto grave è anche la socializzazione all'esercitazione di interventi violenti o non consensuali. È necessario non limitare il nostro sguardo solamente a coloro che, nella percezione di senso comune, vengono considerate vittime, poiché per poter effettivamente dialogare rispetto alla questione si devono tenere in considerazione i danni che questa *forma mentis* provoca su tutti coloro che si interfacciano con queste normative culturali e sociali (Sadler et al., 2016, pag. 51).

CAPITOLO 2 – LO STATO DELL'ARTE TRA SFERA SOCIALE E INDIVIDUALE

2.1 La prospettiva della sociologia di genere

La sociologia di genere è un campo interdisciplinare che si occupa di osservare le relazioni sociali e le diseguaglianze basate sul genere.

Attraverso uno sguardo critico rivolto alle strutture sociali, politiche, culturali ed economiche, le studiose cercano di comprendere come le identità di genere, declinate nelle tipizzazioni che si riconoscono loro, vengano costruite e riprodotte nel tessuto sociale, assieme alle dinamiche di potere e di influenza che vi gravitano attorno.

Questa branca della sociologia nasce assieme alla messa in discussione del genere come elemento sovrapponibile al sesso biologico; esso diviene il concetto attraverso il quale si decostruiscono le formule ben consolidate di aspettative di ruolo, di comportamento, di espressione, o non espressione, di un soggetto.

Il genere è la manifestazione più o meno concreta della socializzazione a certe norme sociali che prevedono un idealtipo “femminile” ed uno “maschile” e che vengono introiettate, e successivamente incarnate nella vita quotidiana, da ogni persona. La base biologica viene “significata” attraverso la socializzazione e le relazioni a cui partecipiamo. Essendo composto, quindi, anche da un fattore che si manifesta culturalmente la sua percezione varia a seconda del contesto, dell'asse spazio-tempo in cui ci troviamo ad osservarlo esternarsi.

Sebbene esista al suo interno una radicata componente socio-culturale, non la si può estirpare dalla relazione simbiotica con la sfera biologica e con la percezione e costruzione dell'idea di corpo.

Il corpo è il protagonista di moltissime ricerche che lo vedono come soggetto-oggetto di sguardi antropologici e sociologici. La sua presenza, ma anche la sua assenza, ha un impatto sia sulla sfera individuale e personale che su quella collettiva e sociale; ed è proprio nel momento in cui il corpo incarna non solo sé stesso, ma anche un bagaglio culturale e socializzante, che si diviene membri di un determinato gruppo, quando ci si muove, si pensa, si agisce a seconda di alcuni schemi che abbiamo precedentemente fatto nostri, sin dalla primissima infanzia.

La sociologia del corpo collabora fianco a fianco con quella di genere, sfidando costantemente il binomio cultura-natura che è da sempre un concetto divisivo in ambito accademico, soprattutto quando da essa sfocia una discussione pubblica e politicamente strumentalizzata.

Il controllo sul corpo, specialmente sul corpo femminile, esiste da sempre ed è stato esercitato in molteplici declinazioni durante i secoli di storia, alcune studiose sostengono che anche la maggior parte delle percezioni basate su fattori fisiologici siano, in realtà, completamente influenzati dalle credenze e le routine interpretative ad esse collegati.

La convinzione che vede la donna come di natura debole e fragile è rimasta pressoché invariata, dice Skultans (2004); è possibile interpretare le sintomatologie associate al genere femminile come ad esempio l'isteria, la melanconia, la depressione dovuta alla menopausa, e la sindrome premestruale come tutte condizioni mediche che manifestano sintomi "reali", ma allo stesso tempo, sorgono dalle costruzioni sociali che li caratterizzano e che si fanno espressione di una vulnerabilità sociale più che di una reale vulnerabilità biologica (Skultans in Turner, 2008, pag. 169).

La sociologia di genere s'interseca con la prospettiva femminista, non solo per le questioni di cui entrambe si occupano, ma anche per la visione intersezionale di cui si fanno carico e attraverso la quale si districano nel proprio campo di ricerca.

Lo sguardo intersezionale permette di osservare un fenomeno nella propria complessità, in maniera trasversale, in modo da sovrapporre dinamiche di potere e discriminazioni che provengono da diverse categorie e dal grado di desiderabilità sociale ad esse collegate.

Nella maggior parte dei contesti culturali risulta pressoché impossibile separare le forme di ineguaglianza strutturale che gravano su ogni singolo individuo, poiché le forme di discriminazione e le diseguaglianze vanno a stratificarsi e a intersecarsi l'un l'altra. Perciò alle donne viene spesso richiesto di prendere comportamenti tipici di altri gruppi sociali ritenuti "inferiori", come ad esempio i bambini, per continuare a legittimare l'immagine di delicatezza e fragilità che si attribuisce loro. Questo diviene anche uno degli *escamotage* con cui si giustifica l'atteggiamento paternalista che è spesso rivolto alle donne, tipico all'interno di moltissime istituzioni, anche

mediche. Esso non deriva solamente da una discriminazione di genere, ma anche da una legata all'età, al bisogno di protezione, all'associazione con l'immaginario di vittima della quale si fatica a riconoscere un'agency, e al ridimensionamento che la relega ad attrice passiva che può essere salvata solamente da un agente esterno e maschile.

Con "*patrism*" s'intende proprio questo: una serie di atteggiamenti largamente diffusi che ricamano pregiudizi e credenze sull'inferiorità femminile, e che, in un momento storico in cui si richiede lo smantellamento della struttura tradizionale patriarcale, divengono sempre più forti e utilizzati proprio per l'attaccamento alle forme di categorizzazione che i membri di una società dimostrano e che difficilmente si impegnano a mettere in discussione o a trasformare (Turner, 2008, pp. 133-134).

Il tema del corpo è leggibile in connessione con la maggior parte degli studi socio-antropologici a causa della sua centralità nella vita quotidiana, ma questo non significa che lo si renda protagonista delle ricerche che lo riguardano. Spesso gli viene attribuito il ruolo di mero canale, un oggetto funzionale a svolgere determinate azioni, a sviluppare certe idee, senza però riconoscergli una vera coscienza partecipante e attiva; la sfera corporeo-emozionale ha un potere molto più presente di quello che spesso viene esternato nelle trattazioni scientifiche, ma è una materia complessa da trattare poiché "pecca" di una certa irrazionalità e la rende difficile da quantificare ed analizzare.

Questa connotazione è stata da secoli utilizzata contro l'universo femminile, associato ad un selvaggio che doveva necessariamente essere "civilizzato" e riportato all'ordine da chi possedeva la razionalità e la logica.

Il momento del parto è una delle espressioni più burrascose dell'emotività in connessione al corpo fisico ed è per questo che è da sempre stato percepito come contraddittorio e conturbante; da un lato evento di paura e fragilità, dall'altro di potenza e forza.

L'ampia soggettività delle sensazioni rende il processo di raccolta dei dati estremamente difficoltoso, per questo spesso si sceglie di affidarsi a metodologie nuove, creative, che prediligano elementi narrativi e che possano offrire una visione del fenomeno diversa, che possa spronare le persone ad un ingaggio più significativo

e permettere loro di esprimersi con una maggiore libertà e con una interessata premura da ambo le parti.

2.2 Emozioni che devono essere provate

La diffusa credenza che dipinge l'emotività come elemento di vita quotidiana unicamente personale, autoprodotta e individuale, è una percezione falsata.

Le emozioni sono un costrutto sociale (Zamperini, 2007) come molte delle altre strutture all'interno delle quali navighiamo in quanto esseri umani; esse sono scandite da regole precise che, a seconda del contesto in cui ci troviamo, forniscono modelli di comportamento più o meno rigidi e vincolanti.

Sin da bambini impariamo che, per ogni situazione, c'è un copione emozionale corrispondente a cui ci si deve riferire per non risultare fuori luogo, o per non dare spazio a certe dimostrazioni della nostra interiorità che potrebbero non venire accolte dal gruppo sociale. Ci viene insegnato non solo come o che cosa manifestare, quindi come atto pubblico, ma anche cosa sentire, negli anfratti più intimi della nostra persona. In questo modo si va creando un sistema di legittimazione ed incoraggiamento di alcune emozioni e, invece, di ostacolo o svalutazione di altre; solitamente questo processo viene riproposto impiegando uno strumento molto efficace, ossia il senso di colpa che con un meccanismo ciclico si va ad instillare come risposta automatica a tutto ciò che riteniamo anomalo rispetto alla socializzazione emozionale ricevuta.

L'esperienza interiore si traduce così in una sorta di obbligato "galateo delle emozioni" che va a regolare il ventaglio, l'intensità, la durata e l'oggetto previsti e concessi per quella specifica situazione. Esso è strettamente legato alla sfera del genere, il coraggio, ad esempio, è instillato molto di più nei ragazzi, che non nelle ragazze, mentre, viceversa, si ha per sentimenti come l'empatia e la propensione verso l'altro. Queste istruzioni sono legate al ruolo sociale a noi attribuito, quindi ci mostrano i rapporti di influenza tra società ed individui, permettendoci di risalire al legame comunitario che ci unisce (Zamperini, 2007, pp. 44-45).

All'interno del mondo ospedaliero l'emotività circola sottobanco, quasi mai esplicitata, ma anzi, tenuta spesso frenata con redini strette e ben salde.

Sin dal momento della formazione del personale medico emerge una narrativa che esige una capacità di neutralizzazione dei propri stati emotivi, poiché l'ambiente sanitario non viene riconosciuto come un luogo adatto a tali esternazioni. Ai praticanti viene insegnato a rendersi impermeabili, talvolta indifferenti, poiché la loro pratica, basata sulla tecnica medico-scientifica, verrebbe interrotta e spezzata da sensazioni indomabili, sia quelle che provano in prima persona, sia quelle che li raggiungono dall'esterno.

Nell'interazione tra medici e pazienti questa specifica dinamica è visibile in particolare nelle formule di disinnescamento emotivo impiegate dai primi nel caso in cui i secondi si dimostrino troppo coinvolti, in un certo senso serve ad entrambi per richiamare e richiamarsi all'ordine, fermare l'onda prima che possa infrangersi sul bagnasciuga. Ci sono alcune eccezioni riservate a categorie di soggetti da cui ci si aspetta una capacità minore di controllo, come per i bambini e per gli anziani, o per alcune specifiche condizioni, spesso legate a problematiche molto gravi o logoranti; ma anche in queste circostanze si è soliti responsabilizzare del carico emotivo l'individuo stesso o la sua rete sociale più immediata.

Questa schermatura difensiva da parte del personale sanitario è utile a mantenere una certa compostezza, anche professionale, ma chiaramente, se portata all'estremo, può creare delle fratture tra medico e paziente ed andare a minare la capacità di costruire una relazione in cui ci si riconosca entrambi come persone nella propria complessità e non relegando l'altro a semplice esistenza funzionale alla propria.

Zamperini (2007, pp. 60-61) parla di devianza emozionale per descrivere l'inaspettato cambiamento del copione da parte di un soggetto in una data situazione, quando, insomma, non si rispettano le regole di percezione, esternazione o palesamento di un determinato stato emotivo. Essa si manifesta in quelle relazioni che sono caratterizzate da una struttura più rigida e da un set di aspettative molto vincolanti, ciò avviene perché l'asimmetria di potere brulica anch'essa di non detti che funzionano da cassa di risonanza per sentimenti talvolta contraddittori tra loro. Prendiamo il caso, per esempio, di un datore di lavoro per cui proviamo ammirazione, ma nei confronti del quale ci sentiamo inferiori e invidiosi (Ivi, pp. 60-63).

Dato che le emozioni sono espressione dei valori di una certa cultura per una persona, deviare significa venire stigmatizzata, sminuita in ciò che si prova, allontanata da quella comunità che, invece, ha sentito le “cose giuste” o è stata abbastanza scaltra da non esternare quelle “sbagliate”. Così si cade spesso nel tranello di attribuire una disfunzionalità soggettiva a coloro che risultano essere devianti emotive, non rendendosi conto che, probabilmente, la sua manifestazione possa essere la spia di una problematicità più ampia, che va ben oltre la percezione intima di una persona, ma che anzi è specchio di una struttura sociale di censura emotiva.

Nello specifico caso di chi viene socializzata al genere femminile, e di conseguenza a tutte le normative ad esso collegate, la devianza emozionale è un reato molto più grave rispetto a chi riceve i precetti dell'educazione alla mascolinità.

Questo perché alle donne viene attribuita un'innata carica emotiva, più forte di quella maschile, e viene loro insegnato ad esternarla con più frequenza, pensiamo anche solamente ai tipi di film che vengono proposti con target differenziati per genere: romanzi, libri, serie tv drammatiche e romantiche per le donne, mentre lo stesso vale al contrario per gli uomini, a cui si propongono prodotti culturali che non devono mostrare in nessun modo un interesse per la propria interiorità, ma solo per l'azione, spesso fisica. Entrambi i generi vengono redarguiti nel momento in cui non seguono le regole del gioco emotivo; una donna che esprime rabbia e ferocia verrà molto più stigmatizzata di un uomo che fa lo stesso, additata con la nomea di “pazza” o “isterica”; ma anche un uomo che mostra tristezza e dipendenza sarà ugualmente etichettato, spesso con appellativi dispregiativi che si rifanno al mondo femminile, proprio per rimarcare l'incoerenza tra il proprio genere sociale e ciò che si sta provando.

Allo stesso tempo, però, le donne vengono socialmente sanzionate molto di più quando esternano emozioni “eccessive”, questo perché, da un lato, l'esplosività di sentimenti non è una modalità considerata adeguata per i ruoli sociali che ricoprono, dall'altro il femminile è molto spesso legato alla performatività, e perciò ci si aspetta da loro una capacità di leggere il proprio copione, non solo emozionale, e saper interpretare immediatamente la situazione e la propria parte in maniera impeccabile.

Come mette in luce Zamperini (2007, pag. 175)

Quando le emozioni si fanno protesta contro forme di giustizie e oppressione, un sentire dissenziente che diventa condiviso può essere un elemento cruciale per pratiche di subcultura o di protesta collettiva. (...) In molti gruppi femminili è sistematico lo sforzo per dare cittadinanza psicologica a sentimenti altrimenti stigmatizzati.

Ci sono alcuni stati emotivi che emergono con una certa ripetitività nelle soggettività femminili nel momento in cui esse disobbediscono alle norme sociali imposte, il senso di inadeguatezza, il senso di colpa, la vergogna, il senso di incapacità.

Nella lettura *Shame and gender: In Femininity and domination* della sociologa Sandra Bartky (1997) viene suggerito che alcuni soggetti che fanno parte di categorie oppresse, come le donne, non provano lo stesso tipo di vergogna che tutti gli individui con una socializzazione socio-morale provano, ma a quel sentire comune si aggiunge anche ciò che lei definisce una vergogna pervasiva, un prodotto della continua e persistente incarnazione della struttura oppressiva in loro.

Il concetto è stato ripreso da Sara Cohen Shabot e Keshet Korem (2018) all'interno di una ricerca sulla vergogna provata dalle donne durante il parto. Il sentimento emerge e viene istigato da diversi fattori che ricalcano elementi della relazione della donna con la sua rete di familiari, con il personale sanitario e con la struttura culturale in senso lato.

La vergogna rimane latente nelle donne e viene portata in superficie quando loro si percepiscono distanti o separate dall'idea di femminilità e di maternità a cui fanno riferimento; in particolare nel momento in cui, dopo la nascita, non riescono ad adempiere ai compiti che una "buona madre" dovrebbe portare a termine senza lamentarsi o protestare. Tutto ciò, ovviamente, dimenticandosi di sé stessa e del proprio corpo, del proprio dolore e della propria stanchezza per investire tutte le proprie energie su un'altra vita, il proprio figlio, soffocando di conseguenza le emozioni negative e domando il vivo ricordo dei soprusi vissuti (Cohen Shabot, Korem, 2018, pp. 385, 389).

In altri studi condotti in contesti di cura è emersa una forte connessione tra la relazione con il personale medico e la libertà d'espressione emotiva espressa dalle pazienti.

All'interno dell'analisi quantitativa di un gruppo di studiose dell'Università di Krosno (Krygowska et al., 2022) si descrive la correlazione statistica tra la confidenza e la fiducia delle future mamme verso l'equipe trattamentale, in particolare verso le ostetriche, e la richiesta di aiuto, di sostegno o anche la scelta di confidare emozioni di sconforto, paura, rabbia.

Nel momento in cui l'asimmetria di potere viene, invece, sottolineata da atteggiamenti di *micromanagement* o di chiusura da parte di medici ed ostetriche, le pazienti rispondono con una conseguente repressione delle proprie emozioni, rimarcando il copione di distacco e di neutralizzazione emotiva che vige all'interno dell'ospedale (Krygowska et al., 2022, pag. 75).

Questo atteggiamento divisivo, però, risulta non solo in un disagio fisico non comunicato per timore di essere respinte, ma anche in una sofferenza emotiva da parte delle madri, che sono più propense a sviluppare reazioni psicologiche legate al parto come trauma non risolto, presentando in seguito forme di depressione post partum, stress post traumatico o attacchi di ansia e panico.

Il silenziamento emotivo e comportamentale sembra funzionare come un altro degli strumenti con cui la partoriente viene tenuta a bada, assieme alle costrizioni fisiche menzionate nel capitolo precedente; parimenti la donna utilizza il silenzio come strumento di difesa e di protezione del suo stato interiore, per paura che esso possa venire umiliato.

2.3 L'ascolto e l'informazione come pratiche di cura

Come far funzionare quindi una relazione in cui silenzi ed incomunicabilità la fanno da padroni?

Per tentare di rispondere a questa domanda ci si dovrebbe prima chiedere a cosa si deve questo muro comunicativo che esiste sì nella relazione medico-paziente, ma che caratterizza molte delle interazioni che costruiamo quotidianamente.

Un feroce ostacolo è l'insieme di preconcetti e schemi di lettura della realtà che governa il nostro sguardo quotidiano, in altre parole ciò che diamo per scontato.

Nonostante essi siano incredibilmente utili, d'altronde ci permettono di muoverci nel mondo senza dover mettere in discussione ogni cosa, in alcune situazioni possono risultare degli scomodi elementi di pregiudizio o di inflessibilità, che spesso ci oscurano la strada per l'incontro con l'alterità.

All'interno del contesto ospedaliero questo *modus operandi* ha delle ritorzioni non indifferenti per quanto riguarda l'attenzione ai pazienti e alla specificità delle loro esigenze.

Di fronte alla vastissima ipersoggettività delle percezioni e delle sensazioni dei pazienti, i medici si trovano spaesati poiché la loro formazione prevede l'istruzione all'analisi di espressioni standardizzate di dolore o sofferenza; perciò, il dato per scontato viene utilizzato a priori, per tutti i casi presi in esame, talvolta non tenendo conto delle necessità espresse da chi si trova sul lettino.

La prima questione da problematizzare nasce proprio qui, nel momento in cui il silenzio viene letto come consenso, anche se, nella maggior parte dei casi, lo si potrebbe definire solamente assenso.

Questo atteggiamento si unisce alla difficoltà dei pazienti di contestare o far valere la propria voce con i medici, per l'aura autoritaria e sapiente che si conferisce loro, e quindi a cadere, come anticipato, nel silenzio e nel disagio non esplicitato.

Ed ecco che, alla lettura di quello che è il modulo del consenso informato di alcune procedure, ci si ritrova spaesati, chi per la lingua, chi per il tipo di lessico, chi per il malessere fisico che sta vivendo, chi per piena fiducia nel sapere medico, chi per altro; si appone, così, una firma, piuttosto inconsapevole e frettolosa.

Nel momento in cui il consenso informato, ormai pratica medico-amministrativa usatissima, non è né informato, né consenso, cosa diventa allora?

L'assenza della comunicazione è una presenza per nulla secondaria nell'esperienza dei trattamenti che vengono successivamente elaborati o percepiti come atti subiti, il ricordo della sofferenza si unisce al senso di colpa per non essere riusciti a chiedere quell'informazione in più, a sottrarsi a quel determinato trattamento, ad acquisire un ruolo più attivo durante le pratiche di cura.

È da questo spunto che Cohen Shabot parte per la sua riflessione riguardante i racconti di donne che hanno fatto esperienza di esplorazioni vaginali durante il parto.

Questa analisi risulta incredibilmente difficile da fare poiché si basa precisamente sul silenzio, conseguenza di una mancanza di risorse epistemiche di cui le donne avrebbero bisogno per riconoscere appieno la violenza di queste pratiche (Cohen Shabot, 2021, pag. 447).

Le pratiche sono a tal punto normalizzate e rese routine che risulta impossibile per le donne ad esse sottoposte riconoscerle come intervento e, nel caso in cui lo desiderassero, declinarle.

La violenza di genere che si esprime nella violenza ostetrica viene resa irriconoscibile, camaleontica, persa tra quei protocolli sanitari attraverso i quali il personale medico opera e dietro ai quali a volte si nasconde, rallentando il processo di consapevolezza individuale e collettiva riguardante il fenomeno. Per questo motivo alcune forme di violenza strutturale come le esplorazioni vaginali non vengono riconosciute o raccontate come “violente”, ma percepite ed incorporate dalle donne come tali (Cohen Shabot, 2021, pag. 447).

La separazione che avviene tra la trasposizione cognitiva e l'esperienza incarnata crea uno scollamento che destabilizza l'integrità della donna e che può sfociare in una vera e propria forma di alienazione rispetto a sé stessa e a ciò che si è vissuto (Ivi, pag. 449).

Nella rassegna della letteratura mi sono soffermata in particolare su quelle ricerche che privilegiassero approcci più narrativi, e quindi che riportassero i racconti in prima persona delle donne, così da poter comprendere ad un livello più profondo le implicazioni sollevate dalle studiose nelle trattazioni su vari aspetti riguardanti la maternità. Nella maggior parte di esse le donne lamentavano una consistente e continua mancanza di ascolto e di supporto, accompagnato da informazioni limitate o addirittura inesistenti.

In alcuni casi, in particolare se la donna è alla prima esperienza di parto, il personale medico tende a sminuire le percezioni o le indicazioni della partoriente, tacciata in primis di non avere la conoscenza adeguata, in quanto non esperta, e inoltre di non possedere abbastanza esperienza, in quanto prima gravidanza (Sadler, 2016, pag. 51).

Ciò non avviene, però, esclusivamente alle donne che partoriscono per la prima volta, come emerge da una testimonianza riportata dalla sociologa e femminista Helen Thornham (2015, pag. 10):

(...) loro non ti ascoltano, io dicevo tipo: “Devo spingere”, ma lei [l’ostetrica] mi diceva “No, non è vero”, ma io insistevo “No, no, io devo proprio spingere!”, perché avevo le contrazioni a tre minuti l’una dall’altra. Non mi aveva mai chiesto nulla sulla mia prima gravidanza, o quanto fosse durato [il precedente parto], e poi hanno iniziato a trascinarci lungo il corridoio perché stavo quasi per partorire lì.

Il non ascolto include diversi livelli di gravità, fino ad arrivare a ciò che Sara Cohen Shabot e Michelle Sadler (2023) associano al termine “tortura”.

Le due studiose sostengono che la predisposizione al discredito, al giudizio e al rimprovero verso le partorienti sia una delle cause che portano poi al maltrattamento delle stesse; non ascoltandole e non accogliendone le preoccupazioni, i bisogni e le richieste, medici ed ostetriche rafforzano la propria impermeabilità emotiva e legittimano, a loro stessi e agli altri, la percezione del proprio potere professionale, purtroppo, a volte, fino a sfociare nel vero e proprio maltrattamento, sia esso fisico o psicologico.

L’ostetrica aveva un atteggiamento aggressivo nei miei confronti, mi ha semplicemente ignorata, non ha risposto a nessuna delle mie domande. (...)

Non ho ricevuto alcun tipo di supporto emotivo o tecnico dallo staff medico, o di controllo del travaglio, nemmeno una persona che mi tenesse la mano.

(...) Non mi permetteva di muovermi e minacciava di legarmi al letto se mi fossi sollevata. Poi mi ha rotto le membrane senza chiedere o dire nulla. Un dolore atroce.

(Cohen Shabot, Sadler, 2023, pag. 619)

Le esperienze citate qui sopra rendono chiaro il fenomeno della violenza come elemento permeante nella relazione medico-paziente e nel parto in quanto acme simbolica della vita di una donna. Osserviamo, infatti, come queste caratteristiche si ripresentino nella tecno-bio medicina senza evidenti differenze tra nazioni, le due testimonianze vengono da donne che hanno partorito in paesi molto distanti tra

loro, Regno Unito e Cile, ma che presentano gli stessi punti di disfunzionalità di un certo sistema simbolico che è transnazionale.

Anche nel momento in cui le future mamme esprimono la richiesta di ricevere alcune informazioni spesso escono dalla comunicazione insoddisfatte e demoralizzate, sia per la mancanza di cura nella costruzione del rapporto ostetrica-partoriente, sia per le spiegazioni sbrigative o confuse che sembra loro di ricevere. L'assenza di una comunicazione chiara e lineare corre il rischio di lasciare ampio spazio a fenomeni di violenza ostetrica, andando così ad aumentare progressivamente il *gap* comunicativo e a spianare la strada ad una nuvola di avvertimenti ed esortazioni incomprensibili per la donna o ad interventi non preannunciati attraverso il consenso informato (Cipolla, 2022, pag. 463).

La scarsa qualità dell'interazione con il personale medico si presenta, quindi, nelle modalità, nei contenuti e nella disposizione interpersonale percepita dalle riceventi cura.

Il tema è stato spesso discusso all'interno di focus groups, per permettere uno scambio e un confronto immediato e diretto tra le madri, spingendole ad interrogarsi sul tipo di comunicazione ricevuta e quella, invece, desiderata.

Da una ricerca olandese (Thompson, 2016) emerge un desiderio diffuso, da parte delle donne, di costruire una relazione basata sulla fiducia, sul rispetto e sulla parità con le ostetriche che le accompagneranno lungo tutto il percorso di gravidanza, elementi essenziali per condividere sensazioni e sentimenti e, di conseguenza, ricevere supporto emotivo. Le donne che ricevono già informazioni e sostegno informale esprimono comunque la volontà di collaborare con le ostetriche per un supporto professionale aggiuntivo; allo stesso tempo, però, considerano i meri controlli medici come insufficienti, ricercando, invece, informazioni su cosa stia concretamente accadendo loro e su come affrontare i cambiamenti che potrebbero presentarsi con la maternità.

Per quanto riguarda la salute emotivo-psicologica tutte le donne si trovano concordi nell'esigere rispetto ed attenzione per qualsiasi preoccupazione da loro espressa, anche quella più piccola, e che le ostetriche si impegnino a prenderle sul serio, spiegando loro le implicazioni e i possibili effetti o le soluzioni ad un problema con pazienza e semplicità.

La speranza delle future mamme sembra essere quella di un atteggiamento proattivo delle ostetriche, di un interessamento effettivo verso quelli che sono i loro bisogni e le loro ansie, di una predisposizione ad una collaborazione reciproca che possa favorire l'ingaggio della donna attraverso una trasmissione di informazioni e saperi che la possano aiutare a fare scelte più consapevoli. Si esprime, insomma, un forte desiderio di essere guidate verso un'autonomia di scelta e di percezione di sé, mantenendo, però, un rapporto costante con la base solida che il supporto, formale e informale, rappresenta (Thompson et al, 2011, pp. 124-126).

In alcune circostanze la figura dell'ostetrica viene vista quasi come un ulteriore ostacolo da superare. Lo staff smette di essere percepito come un punto di riferimento affidabile a causa della mancata empatia mostrata verso le necessità delle partorienti; certe donne affermano anche di aver sofferto la transizione alla maternità a causa dell'atteggiamento sminuente e svilente che in alcuni casi è stato loro riservato, e a causa di determinati tipi di trattamenti o commenti intrusivi, non necessari o insensibili.

Molte mamme si vedono, quindi rassegnate a ricevere consigli che vengono recepiti come abbozzati, generalizzanti e spesso incoerenti dal personale sanitario e decidono perciò di non seguire ciò che viene loro comunicato, ma di costruirsi un proprio sapere da sole (Barclay et al., 1997, pp. 722, 725-726).

Dunque, quando il personale di cura non rispetta le aspettative delle future mamme la tentazione è quella di andare a ricercare autonomamente le informazioni, dapprima nelle immediate reti sociali che si crede possano avere le risposte che vogliamo recuperare, come familiari o amiche che hanno già vissuto l'esperienza del parto, ma c'è un altro luogo che si staglia in maniera sempre più consistente come la prima scelta di informazione per le donne incinta, ovvero Internet.

A questo proposito la ricerca di Thornham (2015) ci viene nuovamente in aiuto, mostrando come la tecnologia plasmi l'immagine della maternità nel mondo digitale e in che modo essa viene usata dalle donne per affermare la propria *agency*.

L'esperienza del trovare informazioni online viene descritta dalle donne come una profonda forma di *empowerment*, la ricerca autonoma infonde loro la sensazione di essere in controllo della situazione e le porta a paragonare la rapidità di risposta con

le informazioni ricevute dalle ostetriche, percepite da loro come lente, insoddisfacenti e ambigue.

Una delle mamme del focus group commenta:

Qualsiasi domanda tu abbia, la butti dentro al telefono e hai la risposta in cinque secondi. Non come la mia ostetrica, che non mi ha mai dato una risposta definitiva! [ride]
(Thornham et al, 2015, pp. 6-7).

L'immediatezza dell'informazione e l'accessibilità dei contenuti sono due aspetti dell'informazione online sottolineati anche dalla ricerca della sociologa Deborah Lupton. Anche lei ha scelto di condurre alcuni focus groups per far luce sugli impieghi della tecnologia da parte delle donne, concentrandosi però su coloro che devono partorire o che hanno partorito da poco e che quindi si stanno ancora muovendo nella transizione alla maternità.

Durante la discussione emerge un tema molto stimolante ed altrettanto ampio: la centralità delle comunità di mamme online.

Sebbene siano luoghi immateriali, piattaforme come forum, siti web, pagine social o canali YouTube fungono da spazi sicuri per le donne, che sono chiamate a frequentarli con una certa frequenza e a ricercarvi supporto emotivo, ma anche informativo in alternativa a quello che potrebbe essere invece un aiuto più professionale oppure in mancanza di una rete sociale presente e vicina.

La scelta di preferire un confronto online a quello faccia a faccia non è necessariamente dovuta ad una precedente esperienza negativa con il personale di cura. Alcune delle motivazioni più frequenti riguardano la velocità con cui poter carpire le informazioni, la protezione che conferisce l'anonimato, l'equo investimento personale all'interno delle relazioni formatesi online, percepito come molto più reciproco (Lupton, 2016, pp. 6-7).

Le comunità online di donne hanno un diffuso successo perché le interazioni e i rapporti vengono vissute come più paritarie, la comunicazione come più aperta e meno giudicante; infatti, lì ci si permette di fare domande scomode o banali che nei contesti istituzionalizzati non vengono poste per timore di essere stigmatizzate. Le testimonianze narrate dalle altre madri costituiscono una forma di conoscenza

esperienziale ed incorporata che molte donne prediligono, o amano accostare, al sapere pratico-medico ricevuto dalle ostetriche e che le sprona a condividere le proprie paure e a non chiudersi in loro stesse.

Perciò molte donne esprimono il desiderio di partecipare a questo tipo di collettività come forma di sostegno a tutto tondo, e si adoperano affinché diventi uno scambio ricorrente con le altre mamme appartenenti a quei gruppi virtuali da loro frequentati. Essa, dunque, non può che essere riconosciuta come una nuova formula di creazione di relazioni basate sul mutuo aiuto, complementare agli altri tipi di assistenza che provengono dai professionisti della cura o dalla propria cerchia sociale.

2.4 Confronto e conforto tra donne

Nel paragrafo precedente abbiamo visto come la maggior parte delle ricercatrici compia, quando l'argomento riguarda l'universo femminile, una scelta che viri verso le metodologie qualitative, in particolare quelle che includono percorsi narrativi e di conversazioni sul tema tenute in contesti che ricalchino quelli di collettività.

La discussione e il confronto in gruppo sono alcune tra le prime forme di potere ricercate dalle minoranze oppresse, si pensi per esempio ai primi movimenti per i diritti femminili e della comunità LGBT, dapprima li si sperimenta in contesti privati, più intimi, all'interno dei quali lo scambio assume più le caratteristiche di un accrescimento di consapevolezza e di conversazione generativa.

Attraverso la creazione di una trama di supporto solida ed efficace le donne affrontano la gravidanza e la transizione alla maternità con uno spirito più fiducioso, i gruppi di autoaiuto e di supporto comunitario divengono uno strumento per il recupero di un'identità personale che cambia e che mette in discussione il significato di essere "donna" ed essere "madre".

Nelle relazioni che vi si costruiscono ritroviamo un senso di ciclicità poiché si ha una percezione sia diacronica, per le pratiche tradizionali o i consigli tramandati attraverso le varie generazioni che le donne si scambiano, ma anche sincronica, poiché nelle interazioni presenti si crea una nuova conoscenza individuale e collettiva.

La condivisione del proprio vissuto personale permette di far fuoriuscire il carico emotivo che alcune esperienze ci obbligano ad incorporare, spandendolo nello spazio tra noi e chi ci ascolta. Le corrispondenze che troviamo nell'altro ci parlano di noi e ci mostrano lati repressi o nebulosi di ciò che viviamo quotidianamente, per questo è così importante il dialogo per coloro che hanno sperimentato un qualche tipo di violenza, anche quella ostetrica (Shabot, 2021, pag. 449).

Dopo il parto alla madre viene richiesto di dimenticarsi di sé stessa e quindi anche di ciò che ha passato in favore di una canalizzazione di tutte le sue energie verso la nuova maternità, sul proprio figlio, così facendo, però, la violenza rimane sconosciuta, come ferite aperte che non vengono curate.

Riconoscersi vittima è un processo estremamente difficoltoso e doloroso per il quale serve non solo una predisposizione individuale, ma anche uno sforzo di sostegno collettivo che talvolta può essere trovato in coloro che hanno subito a loro volta violenza ostetrica e può essere affrontato all'interno di relazioni basate sulla reciprocità e sull'accoglienza (Ivi, pp. 453, 456).

Gli effetti di un'esperienza sofferta e non esternata si protraggono nel tempo e risultano in un profondo senso di solitudine e abbandono, al quale si aggiunge la difficoltà di chiedere aiuto per il timore di non essere comprese dalle ostetriche, dai familiari o in senso più ampio dalla società.

Per questa ragione i gruppi di supporto comunitario vengono integrati nei percorsi di aiuto alle mamme che sviluppano alcune forme della depressione post partum.

In una ricerca condotta da Lakesha N. Anderson (2013) si cercano di rivelare gli effetti dei gruppi di supporto sulle donne in condizioni psicologiche o sociali di difficoltà.

Il gruppo diventa uno spazio rituale in cui si riafferma continuamente il senso di appartenenza alla categoria di "mamma", si trova un rinforzo positivo sulla propria posizione sociale e si viene legittimate nella propria esperienza quotidiana dalle altre compagne.

Le madri di questo studio mostrano il desiderio di sapere che ciò che stanno facendo come madre è giusto; hanno bisogno di sapere di essere delle buone madri. (...)

Appare chiaro che le donne intervistate sentano l'impellente bisogno di uno spazio sociale e relazionale (Anderson, 2013, pag. 716).

I gruppi, quindi, fungono da canale di rassicurazione per le mamme rispetto al idealtipo che loro hanno interiorizzato di “buona madre”, risolvono il conflitto tra l'immagine di loro stesse e quella che la società e l'immaginario culturale impone loro, non si rimproverano più il fatto di essere devianti, ma anzi, coltivano l'appartenenza a quel gruppo sociale. Gli spazi di confronto-conforto femminili donano spazio di socialità alle donne senza farle sentire in colpa rispetto a come decidono di gestire il proprio tempo, poiché spesso essi sono spazi in cui a loro è permesso di passare del tempo con il proprio figlio e contemporaneamente di costruire relazioni amicali, o di parlare della propria esperienza senza la paura di risultare fuori luogo o inadeguate.

Uno spunto interessante è quello della ricerca di comunità proposta da tre studiose dell'Università del Queensland in collaborazione con alcune donne indigene australiane (Walker et al., 2014).

Qui affiora il concetto dello *yarning*, termine delle popolazioni indigene australiane, per quanto complicata sia la sua definizione lo si descrive come:

Lo *yarning* è un processo dialogico che include la narrazione di storie e lo sviluppo della conoscenza. (...) è un approccio di valore in quanto permette una comunicazione rilassata e familiare (...)

Permette al ricercatore di esplorare il tema in profondità, e ciò risulta nell'emergere di informazioni che percorsi di studi più formali non riuscirebbero ad ottenere. (Walker et al., 2014, pp. 1216, 1219)

I dialoghi avvengono in spazi sicuri e vicini alle comunità delle donne indigene, fluiscono nei luoghi di vita quotidiana e permettono un primo incontro con routine culturali diverse e lontane dalle proprie; ciò che viene detto dalle donne s'intreccia al contesto fisico e simbolico al quale fanno riferimento, donando una lettura omnicomprensiva e ricca.

Le relazioni di chi vi partecipa sono estremamente importanti. Sebbene produrre ricerche in cui le relazioni siano realmente equivalenti non sia affatto semplice, in

particolare nello schema Occidentale del “ricercatore” e del “ricercato”, lo *yarning* prevede una reciprocità di vulnerabilità e apertura che possa favorire la comprensione profonda di un certo fenomeno o di un certo stato, e risulta essere particolarmente utile se le persone coinvolte provengono da gruppi sociali marginalizzati (Walker et al., 2014, pag. 1219).

I metodi emergenti impiegati nella ricerca qualitativa spingono sempre di più verso la costruzione di percorsi interdisciplinari nei quali l'indagine sociale si sovrapponga ad esperienze di creatività individuale e collettiva.

In una ricerca norvegese si descrive l'unione tra processi creativi e studi sociali:

Nata negli anni '60, l'arte comunitaria ha coinvolto artisti che lavorano con gruppi svantaggiati in ambienti comunitari locali. Questi gruppi includono tossicodipendenti, detenuti, studenti disabili e persone con problemi di salute mentale. I progetti artistici si svolgono generalmente al di fuori delle istituzioni artistiche tradizionali come musei, teatri e sale da concerto.

L'obiettivo principale non è la creazione dell'opera d'arte in sé o il miglioramento dell'accesso alle arti, ma piuttosto il processo sociale coinvolto nella creazione artistica (Solvang, 2018, pag. 241).

Gli studi di genere sono stati i primi a proporre queste tecniche polimorfe poiché attraverso di esse le problematiche delle donne emergono nella loro intersezionalità; la componente artistica, infatti, pare essere lo stimolo giusto per osservare come le diverse diseguaglianze gravino sulla singola persona, attraverso l'atto di creazione e condivisione avviene una sorta di riappropriazione di quella connotazione dispregiativa di irrazionalità. Le ricerche portate avanti all'interno di contesti universitari che si sviluppano su questo genere di metodologie qualitative compiono anche un gesto di critica alla retorica su cui si basa il sapere tecnico-accademico che esige dati chiari, quantificabili e spiegabili, generando, invece, dei risultati che fuoriescono dalle linee guida dell'analisi scientifica, ma che, analogamente, delineano una nuova forma di interpretare e produrre conoscenza.

Una studiosa dell'Università di Madrid scrive:

La combinazione di diverse forme d'arte dinamizza lo sviluppo di proposte socio-artistiche che aiutano a creare spazi di connessione, felicità e gioia. Si generano climi di fiducia, di rispetto e di responsabilità tra le donne, che forniscono insegnamenti utili per andare avanti nella vita quotidiana e nel loro rapporto con il mondo (Navajas, 2018, pag. 188).

D'altronde gli approcci narrativi sono da anni impiegati all'interno dell'universo della cura, vengono utilizzati come pratiche di rinforzo dei trattamenti per alcune patologie come, ad esempio, con le persone malate di cancro.

Molte sono le ricerche che testimoniano l'efficacia dei percorsi di medicina narrativa, impiegata all'interno degli ospedali come mezzo attraverso cui far dialogare le tre famose sfere descritte da Twaddle (1994): *disease*, *illness* e *sickness*.

Unendo la comunicazione in gruppo al processo creativo e narrativo si delinea un tipo di ricerca innovativo, che si fonda sul favorire la nascita di una comunità dialogante, dentro la quale tematiche vulnerabili e dolenti possano essere raccontate dalle partecipanti in un contesto di ampia libertà e accolte dalle studiose con la promessa di non diffonderle solamente all'interno del dibattito accademico che si dimostra, purtroppo, spesso sterile.

Questo tipo di ricerche uniscono il discorso su tematiche delicate e stigmatizzate, prodotto in una continua relazione con le persone che le vivono sulla propria pelle, ad una creazione di una comunità che possa mettere in connessione i singoli e allo stesso tempo costruire una narrazione secondaria di critica, una produzione di subcultura che permetta la riscoperta e la modifica di quella che è la desiderabilità sociale dei soggetti stigmatizzati (Solvang, 2018, pag. 251).

L'approccio creativo per tutte quelle ricerche che riguardano tematiche sensibili, difficili da raccontare, può fornire un nuovo spunto che inserisca un ingresso facilitato al tema e alla narrazione; attraverso la spontaneità indotta dalla produzione creativa si può agevolare, infatti, l'ingresso ad argomenti spinosi, i quali possono emergere durante lo stesso processo pratico o alla fine di esso, al momento della condivisione in gruppo.

CAPITOLO 3 – UNA RICERCA QUALITATIVA E NARRATIVA

3.1 La ricerca

I focus groups sono stati pensati con una struttura doppia, suddivisa in una prima parte nella quale veniva proposto alle partecipanti un'esperienza di scrittura e narrazione collettiva riguardante l'immagine di un parto "ideale", essa sarebbe poi servita da stimolo per la seconda parte, nella quale, invece, chi avesse voluto, avrebbe condiviso le discrepanze, o somiglianze, riscontrate tra l'esperienza idealizzata e il proprio vissuto personale.

Mi aspettavo dunque che il ritmo fosse scandito dapprima dai desideri e dalle aspettative delle partecipanti, e che i vissuti, invece, venissero fuori in un secondo momento, ispirati dal processo creativo.

Durante il primo focus group le partecipanti hanno scelto di seguire l'impostazione presentata, mentre nel secondo si è scelto collettivamente di capovolgere le due sequenze e, inoltre, di andare a problematizzare il concetto di "ideale".

Gli input utilizzati per favorire la conversazione nel primo tempo toccavano varie tematiche, dagli aspetti più concreti e pratici, come ad esempio:

descrivere l'ambiente, la stanza;

il tipo di parto desiderato (naturale, cesareo, in acqua...);

quali persone si vorrebbero vicine;

quali scelte e decisioni si vorrebbero prendere e come.

Altri spunti, invece, riguardavano una sfera più personale, di percezione e di sensazioni:

quale tipo di cura e di supporto si vorrebbe ricevere;

quali emozioni si vorrebbe provare;

Quest'insieme di suggerimenti, trattati nel racconto sul parto ideale, venivano poi rilanciati come stimoli per la conversazione e i racconti individuali delle partecipanti.

Ho cercato di intervenire il meno possibile, così da lasciar spazio all'espressività di ognuna di venire fuori, ma anche di rispettare il silenzio di altre partecipanti, cercando di coinvolgerle senza pressione.

Alla fine di entrambi i focus groups c'è stata una fase di *debriefing*, nella quale abbiamo avuto uno scambio riflessivo sull'esperienza appena fatta.

La ricerca ha coinvolto nove donne, contattate attraverso un'insegnante di yoga preparto, di età compresa tra i 29 e i 48 anni che hanno vissuto l'esperienza del parto in un ospedale della Regione Toscana, tra l'anno 2011 e l'anno 2023. L'età del primo parto oscilla tra i 25 e i 44 anni.

La maggioranza delle partecipanti ha partorito, comprendendo nel numero anche i secondi parti di quattro donne, con un parto cesareo, di cui tre cesarei d'urgenza e in sei casi con un parto naturale.

Prima di presentare i risultati della ricerca, cercherò di ricostruire il contesto in cui le conversazioni si sono sviluppate, proprio per l'estrema diversità individuale e collettiva dimostratasi, andando a delineare alcune caratteristiche delle interazioni e degli scambi avvenuti durante i due focus groups.

Il primo focus group si è tenuto in presenza, in una fascia oraria mattutina.

Le quattro partecipanti, due delle quali hanno vissuto sia un primo che un secondo parto, rappresentano la maggioranza dei parti naturali, con un rapporto di 4 a 2.

Ognuna di loro era relativamente vicina all'altra sia per l'età attuale che per l'età al momento del primo parto, con uno scarto massimo di 8 anni per quanto concerne l'anno di nascita, e invece 12 per l'anno del primo parto.

Rispetto alle reti di supporto esterne al contesto ospedaliero alle quali le donne potevano fare affidamento, esse sono state presentate come piuttosto solide e pronte all'aiuto durante il periodo della gravidanza e del post-parto.

Credo che questi siano alcuni dei fattori che abbiano maggiormente influenzato le dinamiche instauratesi tra di loro, non solo per le caratteristiche elencate qui sopra, ma anche per la minor intensità di interventi medici invasivi, fatta eccezione per un parto in particolare che è stato invece molto medicalizzato a causa di complicazioni di salute di madre e bambino. In aggiunta, voglio sottolineare i percorsi individuali intrapresi per la rielaborazione del parto stesso: su quattro donne, due avevano rielaborato l'esperienza del parto affiancandosi ad una psicoterapeuta, mentre una di loro ha raccontato di aver impiegato molta energia nel metabolizzare autonomamente il primo nel momento in cui è rimasta incinta del secondo figlio.

Giulia: Io immagino un senso di gratitudine profondo, cioè proprio un senso di “grazie”, cioè non sono particolarmente credente, però mi immagino qualcosa di, come quest'amore, questa curiosità, questo stupore, questa soddisfazione, questa riconoscere la propria forza, la propria bravura nell'aver non solamente fatto crescere ma fatto nascere un bambino, questo senso di gratitudine profonda verso sé stessi, verso la nuova creatura, verso il mondo, una cosa un po' generica.

Fiore: Eh sì, la gratitudine... (...) Però ci si rende conto che è difficile non far, cioè, sovrapporre le due cose, la realtà e i desideri.

Nora: Io sempre parlando di un parto ideale, mi sarebbe piaciuto invece sentire il senso di potenza che comunque sia la forza generatrice ti da (...) E per me invece non è stato così. Poi ho avuto la fortuna anche di essere accompagnata e capire in un percorso successivo con una professionista che non c'entra niente proprio la capacità, non è che sono stata meno capace, se poi alla fine non sono riuscita a partorire come desideravo (...)

Le partecipanti si sono da subito dimostrate disponibili e curiose nel seguire gli spunti lanciati per poi ricamarvi sopra la propria concezione di parto ideale, o, in seguito, per narrare le proprie esperienze.

L'immagine del parto ideale, descritto come senza interventi esterni, consapevole e fluido, ha risuonato con tutte le partecipanti, seppur, ovviamente, ogni esperienza vissuta, in seguito raccontata, si sia discostata da ciò che si era co-costruito assieme. Si è sviluppato spontaneamente un ciclo di turni di parola che è stato rispettato per quasi tutta la durata del focus group.

Non ci sono stati elementi di conflitto o di attrito, ma anzi, le donne sembravano virare verso opinioni simili, sovrapponibili; l'atteggiamento di tutte pareva essere molto comprensivo, accompagnato anche da un linguaggio del corpo piuttosto rilassato e sereno. C'è stato un ascolto attivo da parte di tutte e quattro le partecipanti e, nei momenti di maggior carica emotiva, si è percepito un sostegno e un senso di comunione e di accoglienza.

In quanto facilitatrice non mi sono sentita al di fuori della discussione, seppur io non abbia ancora vissuto l'esperienza del parto, ma anzi, non ho percepito nelle interazioni con me nessun tipo di cautela da parte delle partecipanti.

Anche nella fase di *debriefing* è emerso questo sentire comune da parte delle partecipanti.

Gaia: (...) Quindi grazie perché non ci conosciamo, non ci siamo mai viste, ma ci siamo aperte in una cosa molto profonda e intima, non è così scontato. Grazie per tutte le vostre storie perché sicuramente sono un pezzettino forte di voi.

Giulia: C'è bisogno di condivisione, c'è bisogno di vicinanza. Tutte immagino abbiamo il gruppo di amiche, il gruppo di persone fidate, però a volte c'è bisogno di una attenzione particolare, di forse anche il fatto che non ci conosciamo. Crea a volte una condivisione, un'apertura che... questa cosa l'ho detta a voi, non l'avevo mai detta a nessuno.

Fiore: Soprattutto direi che questa esperienza è proprio la conferma che è fondamentale che i temi femminili tornino al femminile, vengano gestiti dalle donne, vengano discussi dalle donne, che le donne trovino le soluzioni.

Il secondo focus group si è svolto online e in orario serale. Le cinque partecipanti, con i loro sette parti, rappresentano la maggioranza dei cesarei, con un rapporto di 5 a 2. Le età differivano molto rispetto a quelle del primo focus group, con un distacco massimo di 19 anni per l'età anagrafica e di 18 anni per l'età al primo figlio. Inoltre ci è stato presentato come un altro elemento di criticità da parte di tre donne l'aver partorito durante il periodo della pandemia; lo scompiglio creato dai nuovi protocolli di quegli anni e il panico diffusi dentro e fuori l'ospedale non ha fatto altro, secondo le partecipanti, che aggravare un sistema già molto sofferente e ha portato, purtroppo, a fenomeni di negligenza e violenza sulle pazienti.

Laura: (...) Però come dico sempre io, ho partorito due gemelli a 44 anni, io che fino a 40 anni ho sempre detto che quella malattia lì, cioè i bambini, non li volevo, probabilmente è stata una punizione, poi la pandemia... di tutto e di più, quindi va bene così.

[alcune partecipanti ridono]

Marika: (...) nonostante poi i Tg abbiano parlato di eroi, io posso dire che i veri eroi forse sono stati i pazienti che non hanno trovato un personale adeguato durante quella fase, cioè almeno per il covid io penso sia stato così. Grazie.

Emma: Grazie a te di aver condiviso

Le storie di parto delle partecipanti includevano quasi tutte degli elementi di gravità, sia di mancanza di aiuto che di interventi percepiti come invasivi o indelicati. Sentimenti di disagio, solitudine e sofferenza sono stati raccontati da tutte e cinque le donne, che, per quello che hanno condiviso, non hanno avuto modo di usufruire di un supporto psicologico per l'eventuale rielaborazione del proprio parto e si sono invece affidate ad una rete informale di sostegno, ritenuta molto preziosa, anche se meno presente di quello che la quasi totalità delle partecipanti avrebbe sperato.

Gli input forniti dalla facilitatrice sono stati in un primo momento ignorati, alla richiesta di formulare un'immagine ideale di parto si è risposto, invece, con la narrazione del proprio vissuto. In particolare una delle partecipanti ha da subito voluto condividere l'esperienza traumatica vissuta, ribaltando così il ritmo previsto del focus group; inoltre, essendo la sua storia emotivamente molto impattante, questo ha fatto sì che nascesse un movimento di messa in discussione del concetto di "parto ideale", al quale quasi tutte le partecipanti hanno contribuito, cercando di decostruirlo nella sua declinazione di forma illusoria e irraggiungibile. Due donne, invece, hanno tentato di riprendere lo spunto ispirato in precedenza, delineandone vagamente qualche elemento, ma senza successo.

In quanto facilitatrice mi sono per qualche minuto ritrovata spaesata, in un primo momento ho rilanciato nuovamente lo stimolo, poi, percependone l'inefficacia, ho scelto di assecondare la direzione delle partecipanti, spostando il focus sulla narrazione dei propri vissuti e continuando ad accogliere le critiche al concetto di ideale che sembravano non volersi fermare. Credo che questo allontanarsi costante dal concetto di "parto ideale", il volersi discostare a tutti i costi da quello che "sarebbe potuto essere", sia stato un modo per non infierire ulteriormente sul proprio vissuto, costruendo comunque uno spunto per raccontarsi utilizzando la stessa formula precedentemente pensata: sottolineare le differenze del proprio

vissuto rispetto a qualcos'altro, in questo caso rispetto al concetto generale, e problematico, di ideale.

Emma: grazie a te di aver condiviso, Luce ho visto che avevi la mano alzata, vai pure.

Luce: Secondo me in generale le mamme vengono preparate a un qualcosa di ideale che è ingiusto perché, in realtà, ogni parto è un mondo a sé ed è condizionato da tutta una serie di cose che nessuno potrà mai sapere prima... quindi creare tutta questa aspettativa in questi parti meravigliosi, cioè porta... poi quando non riesci a raggiungere quel tipo di parto lì a soffrirne perché ti dici: "Io volevo quel parto e non lo posso avere". (...)

Non voglio dilungarmi troppo perché poi insomma, non voglio prendere troppo spazio.

Sabrina: Se volete posso parlare io!

Riepilogando, dunque, per la ricerca sono stati organizzati due focus groups, uno tenutosi in presenza, mentre uno online. Al primo focus group hanno partecipato quattro donne, mentre al secondo cinque.

Di seguito presenterò i risultati più interessanti di questo percorso di ricerca, concentrandomi sul rapporto con l'istituzione ospedaliera, in quanto a personale medico, tipi di cura, strutture, interventi di cui le partecipanti hanno fatto esperienza durante il parto o nei successivi giorni di degenza; sullo scollamento di percezioni, inteso come sentimento di distacco dall'archetipo di madre o di donna al quale le partecipanti sono state socializzate; sul supporto, sull'ascolto e sulla cura, di cui le partecipanti hanno fatto esperienza al di fuori del contesto ospedaliero, intesi sia come desideri che come mancanze. Nell'ultima parte della tesi riporterò i commenti delle partecipanti ai focus group sulla loro esperienza in questa ricerca.

3.2 Il rapporto con l'istituzione ospedaliera

Marika: (...) poi si tende sempre a dare la colpa a uno o a un altro, ma la mancanza di umanità si insegna anche eh!

Luce: (...) Gli ambienti invece dell'ospedale sono anche a volte molto differenti, proprio perché l'ambiente in sé, l'ospedale, il reparto, si costruisce anche in base alle persone che ci sono dentro e magari c'è quella persona che ha quell'ottica un po' diversa, però siccome gli altri hanno tutti quel modo di fare, allora si conforma a quel modo freddo.

Laura: Il reparto di maternità dovrebbe essere il reparto di maternità per tutti, cioè il reparto di maternità per come concepiamo noi la maternità, per come è idealizzata quella condizione. (...) Il reparto di maternità e le persone che ci lavorano dovrebbero avere questa caratteristica, questa empatia, quella vera in greco, perché comunque ci dovrebbe essere una preparazione diversa. (...) dovrebbe essere il punto dove c'è non solo collaborazione, ma c'è anche una certa... cioè il dedicarsi proprio alle mamme. Ma a prescindere da soldi o non soldi, la maternità dovrebbe essere reparto maternità per tutti uguali, con gli stessi comportamenti e soprattutto con persone che comunque sanno fare il proprio lavoro.

Luce: [annuisce] Anch'io voglio dire la stessa cosa, maggiore ascolto, maggiore presenza, ricordarsi che davanti c'hai una persona che sta vivendo il momento forse più sconvolgente della sua vita. Quindi vacci piano, vacci cauto, abbi quella cura, visto che sei dottore o hai scelto di fare questo mestiere, dedica un attimo in più a non essere frettoloso, questo sarebbe tanto importante per creare un'esperienza positiva.

All'interno di questo estratto del secondo focus group si delinea un'impostazione della cura percepita come distaccata, disinteressata, della quale non tutti i professionisti sono portatori, ma che, nel contatto quotidiano con altri praticanti e con l'ambiente stesso viene ripeterpetuata e legittimata, tarpando così le ali, secondo la partecipante, a coloro che vorrebbero impiegare una cura diversa.

Durante il secondo focus group si è parlato anche delle caratteristiche che, secondo le partecipanti, dovrebbero possedere sia il reparto di maternità che coloro che vi lavorano che possa essere accogliente e funzionale per le partorienti.

Questa osservazione, però era stata fatta anche da una partecipante del primo focus group, stimolata dalla riflessione sul concetto di ideale.

Fiore: (...) Quindi sicuramente il parto ideale, il parto a casa con appunto la tranquillità, la serenità che può infonderti l'ambiente familiare, i tuoi spazi, la tua luce, la tua musica, le persone che scegli per starti vicine. L'ospedale ancora non ha modo di offrire un parto così, almeno non a tutte.

Nora: Il luogo ideale secondo me, cioè nel senso, forse ancora non esiste (...) Quindi secondo me un luogo ideale dovrebbe essere un luogo appositamente creato all'interno

magari di una struttura, quindi anche all'interno dell'ospedale (...) un luogo intimo, un luogo che si può anche adattare a diverse esigenze, però per quanto mi riguarda sicuro dal punto di vista della sicurezza medica.

Giulia: L'ideale mi immagino un parto naturale che fa tutto da solo, c'è proprio scegliere niente, parte, c'è la dilatazione che dopo un po' si sente la testa, fai le spinte, c'è una cosa molto fluida. Più spontanea. (...)

Il rapporto con il personale medico viene spesso vissuto come un'esperienza ambigua, da un lato di gratitudine e di affidamento, dall'altro di risentimento e di accusa.

Fiore: Sì, anche io come Nora ho avuto due parti e appunto il primo forse un po' più inconsapevole diciamo perché appunto la prima esperienza molto idealizzata e poi magari ti scontri con l'ambiente ospedale, il personale. (...) In quel caso chiaramente è un intervento per cui cioè a livello emozionale di questa cosa un po' ne ho risentito ecco devi comunque fare un'anestesia, che nel primo caso, io con il parto naturale, anche se avevo fatto il percorso per l'epidurale poi decisi di non farlo; in quel caso appunto sei anestetizzata non sai che cosa succede, devi stare a quello che ti dicono i medici: "Ci siamo te la facciamo conoscere"... però ecco chiaramente finché non l'abbracci...

Giulia: (...) La capo-ostetrica del gruppo che avevo, è stata veramente un angelo, bravissima (...), però al tempo stesso era lei che mi diceva: "Non stai spingendo", no? Quindi questo senso un po' di dipendenza verso qualcuno che ti sta aiutando, che però al tempo stesso ti critica, no?

Gaia: Io ve l'ho accennato prima, penso il mio unico momento di inadeguatezza è stato nel primo parto, quella persona che ancora non so chi fosse, forse era quella che puliva la stanza [ride], mi diceva che se facevo così non stavo spingendo, che non ero capace, che ci avrei messo tutta la notte. Quindi mi era partito il pallino, ecco se non riesco a farla mi faranno il cesareo, cosa che nella mia testa era veramente lontana.

In alcuni episodi narrati dalle partecipanti emerge una grande indifferenza, una mancanza non solo di sostegno pratico, ma anche di interesse per il benessere della persona.

Le esperienze negative vissute dalle donne vanno ad aumentare la sfiducia nei confronti del personale sanitario, abituandole ad un trattamento qualitativamente basso. Nel momento in cui, infatti, si percepisce una disposizione riguardosa da parte dei medici, lo si registra come un evento raro, qualcosa per cui essere grate di aver ricevuto. Questo ci riporta alla questione del problematizzare la violenza

ostetrica come un fenomeno strutturale, poiché la natura del trattamento viene associata a caratteristiche individuali del professionista, attribuendo a lui o lei la colpa, o il merito, del proprio benessere (Sadler et al., 2016, pag.49).

In particolare quando, a discapito di un primo parto nel quale la donna si sente abbandonata a sé stessa, ella vive, poi, una cura presente ed attenta durante la degenza in ospedale dopo il secondo parto.

Sabrina: Sono emozionata. Mi sono emozionata in questo racconto, guarda, mi dispiace.

Laura: È stata dura, è stata un'esperienza tosta, perché poi appunto, io ho dei ricordi terribili, perché poi ogni tanto venivano le oss (...)
Sì, la terza mattina è passata la oss a chiedere appunto di fare colazione, questa è una cosa che proprio non mi tolgo di testa, perché io non mi alzavo e mi ha chiesto se avevo la tazza, e io gli ho detto: "Sì guardi ce l'ho". Mi ero fatta mettere la valigia accanto, dico "Ce l'ho qui per terra dentro la valigia", lei mi guardava dalla porta. Io le dico "Guardi se m'aiuta a prenderla, ce l'ho qui". Lei mi dice: "Se io dovessi prendere le tazze a tutte quelle che me lo chiedono, sa quanto ci sto a dare la colazione la mattina?" (...)

Morgana: Addirittura la notte mentre dormivo venivano a vedere se era tutto a posto mi dicevano: "Tutto ok? Hai bisogno di qualcosa?"... Cioè io mi sono sentita coccolatissima lì (...)

In molte raccontano della pressione delle procedure standardizzate che apparivano coercitive e limitanti sia nel momento della "scelta", nel caso in cui venisse loro presentata una scelta, sia durante tutto l'evento del parto (Cipolla, 2022). Una delle partecipanti suggerisce che il parto non possa essere impostato con lo stesso livello di medicalizzazione di altre procedure mediche, ma dovrebbe essere gestito come un evento diverso, meno definito a priori.

Giulia: (...) proprio disagio no, più un fastidio, un dire: "Ma perché devo per forza stare così?"

Emma: Fiore volevi aggiungere qualcosa?

Fiore: (...) diciamo che la cosa che mi ha forse disturbato maggiormente è stata la posizione. (...) Così fanno per tutte, così fanno anche per te e in quel momento magari non c'è stata da parte mia la capacità, la forza, la voglia perché comunque eri concentrata intanto al dolore. (...)

Però capisco anche che ci sono questi famosi protocolli... come se il parto fosse andare ad operarsi ad una gamba e quindi si deve eseguire un iter, quando invece l'iter per ogni parto è completamente diverso!

Gaia: [annuisce] Ma infatti, mica ci hanno fatto con lo stampino, siamo tutte diverse.

Anche nel secondo focus group il tema è emerso, questa volta in connessione all'atteggiamento del personale medico.

La sofferenza riportata dalle donne è sentita come una frattura profonda, quasi, potremmo dire, come un tradimento dell'umanità che la relazione di cura implica.

Quel *modo freddo* nominato in precedenza si ripropone come *fil rouge* di molte delle testimonianze, specialmente nel momento in cui la propria *agency* viene calpestata o sminuita di fronte alla normatività del sistema sanitario, che pare spesso soffocare la voce delle partorienti a favore di pratiche ritenute più legittime; torna il tema del deleterio confronto tra la conoscenza corporea della donna e quella tecnico-scientifica dei professionisti.

Sabrina: Mi piacerebbe che ci potesse essere, più naturalezza ma anche meno protocolli perché non si può standardizzare come abbiamo, come ci siamo raccontate. (...) vorrei che ci fosse un po' questo: meno protocolli e più abbracci e un po' più vicinanza, più calore, più umanità, una cosa così.

Morgana: Ah, guarda, nel mio caso proprio niente, sei un pezzo di carne proprio... (...) L'anestesista mi disse: "Chiedila subito l'epidurale se la vuoi", io la chiesi. Quando arrivai giù in sala parto ero arrivata a 9 cm [di dilatazione] e io dissi: "Allora a questo punto non me la fate più". Oltre tutto credo che neanche si dovesse fare... e invece me l'hanno fatta perché l'avevo richiesta, han detto: "Ormai l'hai richiesta, quindi te la fai per forza!" (...)

Sabrina: Oh Madonna! Ma è legale una cosa del genere?

Luce: Eh lo fanno, lo fanno, ne ho sentite tante di storie così purtroppo...

Nello scambio che segue, invece, si porta in rilievo una classica dinamica in cui, utilizzando le categorie di Twaddle (1994), la *disease*, quindi la definizione medica, si cerca di imporre sull'*illness* di cui la persona fa esperienza, tendendo di sminuire la sua percezione corporea, dando per scontato che, essendo al primo parto, lei non possa realmente *sapere* cosa sta accadendo al suo fisico. Inoltre con questo slancio viene ripreso un argomento toccato in precedenza, nel momento in cui Fiore ha raccontato del suo parto, vissuto con disagio inespresso. Le due hanno un momento

di riflessione sulla difficoltà di esprimere il proprio dissenso o di addirittura capire cosa sta succedendo quando ci si trova nel turbinio delle emozioni, tra il dolore, lo stordimento per i farmaci e la paura.

Gaia: Io sentivo che dovevo spingere, che stava per nascere, mi dicevano: “Ma no, non sei ancora dilatata”. E io dico: “No ragazzi, devo andare in bagno!”

E loro: “No, allora vieni, vieni, vieni!”... e effettivamente avevo la testa lì, però io lo sentivo. E se te lo dico perché non ti fidi? Anche se è il mio primo parto, ma se sento delle cose, non è che me le invento, le sento! [si tocca il petto con entrambe le mani]

Fiore: Eh! A volte, perché a volte mi torna proprio in mente questo disagio, del fatto di non essermi imposta, mi sento proprio... boh. Inutile? Non saprei dirlo, è che, sì, ero lì, però non c'ero, anestetizzata, sballottata.

Gaia: Capisco quanto alle volte una parola detta da un dottore, da un'infermiera, da qualcun altro in un momento di così forte fragilità tu la consenti perché ti affidi.

Sei in un momento così vulnerabile, così fragile che sei disposto a dire ok, sei tu quello che dovresti sapere meglio, quello che per me. Invece alle volte non è detto, alle volte sì, ma alle volte non è detto perché non sono nel nostro corpo. Però non è sempre così facile tirar fuori la propria voce, il proprio sentire.

In alcuni dei racconti è emerso come il disagio e l'alienazione nei confronti del parto vissuto fossero dovuti all'intervento esterno o a scelte prese da altri per loro o alla difficoltà di conciliare le direttive che venivano date durante il parto con la preparazione, invece, ricevuta in precedenza.

Anche nei giorni successivi al parto le donne si sono sentite bistrattate e sminuite nella loro identità di madri, argomento che approfondiremo più avanti, in particolare nel momento in cui non riuscivano a raggiungere gli standard definiti dal personale medico-sanitario. Un periodo piuttosto critico pare essere l'allattamento, che vede messe in gioco aspettative molto pressanti sia da parte di ostetriche e medici, sia da parte delle stesse donne verso loro stesse.

Giulia: Tutte le vocalizzazioni, la respirazione, le spinte a cui mi ero esercitata con il corso non erano funzionali a quella spinta; quindi io spingevo, urlavo nel modo che avevo imparato e mi dicevano: “Non stai spingendo”. Quindi anche questa contraddizione tra il fatto che faccio le cose come è giusto fare, come è buono per favorire la cosa e poi ritrovarsi invece che non stavo facendo le cose nel modo giusto secondo chi era lì.

Gaia: Anche io ho vissuto il senso di inadeguatezza, anche incapacità. Tutto è partito dal primo parto, quando quella persona che ancora non so chi fosse, che mi diceva che se facevo così non stavo spingendo, che non ero capace, che ci avrei messo tutta la notte. (...)

Quindi ecco, quel senso lì di non essere in grado, di non sapercela fare, di non potercela fare, che non ho rielaborato dopo e che è stato il mio punto di difficoltà anche nel secondo parto.

Fiore: Io di questo ho sofferto tanto durante l'allattamento, (...) mi ero proprio fissata che dovevo riuscirci, per proprio essere la mamma di mia figlia.

Nora: Oddio sì, l'inizio dell'allattamento, veramente ho visto proprio la poca sensibilità. Mi ricordo benissimo che al momento della pediatra quando insomma ci fece le dimissioni, nemmeno guardò me, ma guardò mio marito e gli disse: "Poi bisogna che vai subito, prima di tornare a casa e vi fermate in farmacia a prendere il latte perché tua moglie il latte non ce l'ha".

E quindi nemmeno a me lo disse, cioè proprio guardò lui e gli disse questa cosa, la pediatra, con veramente poca sensibilità questo lo ricordo benissimo. Io scoppiai in un pianto infinito perché gli dissi [a mio marito]: "Ecco: già ho partorito, scusate la parola, ma di cacca, in più ora non sono nemmeno capace ad allattare! (...)"

Nel secondo focus group ci è stato raccontato anche un episodio in cui una delle madri si è sentita costretta a fare la pazza affinché le infermiere del reparto le dessero ascolto, dopo svariati tentativi di richiesta per aumentare la quantità di latte artificiale ricevuta per i suoi due gemelli e che non era sufficiente per sfamare entrambi. La narrazione dell'episodio ha suscitato reazioni diverse nelle partecipanti, sia di sconvolgimento che di timore nei confronti del trattamento di cura che sarebbe potuto peggiorare.

Sabrina: Ma l'altro non aveva da mangiare, non ti davano proprio la dose?

*Laura: Sì, Siccome piangeva perché voleva il latte, mi sono alzata dal letto, li ho presi tutti e due in braccio come due fagotti, uno di qui e uno di là, sono uscita nel corridoio e ho cominciato a gridare, perché era l'unico modo per essere sentita. (...)
Allora mi hanno portato il latte, io sempre incazzata nera, gli ho detto: "Ora mi sono rotta le scatole, alla fine io vado in direzione sanitaria!"*

E mi è stato detto: “Ma lei signora che lavoro fa? Ne sa un po' troppe, queste cose non le deve dire!”.

Luce: [scuote la testa] Che situazione terribile, ma come si fa?

Sabrina: [si porta una mano alla bocca]

Morgana: C'era anche il rischio che affrontandole così se la rifacessero con te poi, quando gli dici qualcosa che non va. (...)

La non-umanità del personale sanitario è stata denunciata da varie donne, le quali si sono sentite trattate come *pezzi di carne*, o ignorate nei propri bisogni o nella propria esistenza.

In alcuni casi la bruciante esperienza vissuta, impressa ancora sulla persona, spaventa per la possibilità di rivivere ciò che si è già subito nel caso di un secondo parto.

Il supporto più consistente e premuroso sembra invece arrivare da persone che non sono solite operare nel contesto ospedaliero, come ostetriche che praticano al di fuori della struttura o anche altre mamme, importanti per il metro di paragone che forniscono e per il conforto donato alle partecipanti.

Morgana: Sì, anch'io non mi sono trovata bene per nulla né dal punto di vista medico né dal punto di vista... soprattutto umano ecco, perché oltre che tu stavi appunto sola in una stanza con un bambino che era... tutto nuovo eccetera, non sai come tenerlo, non sai come allattare, non c'era proprio appoggio.

Marika: Esatto, stessa cosa... io se devo essere sincera... questa cosa ha influito molto su una seconda gravidanza, ecco, ad oggi nonostante sia giovane a 28 anni se dovessi pensare, anche se sono passati tre anni, ad un altro figlio ovviamente per me è un no, proprio per il per il senso di non-umanità che ho ritrovato (...)

Luce: Immagino quello che dite, io ormai sono grande, ma se dovessi aver vissuto il mio parto quand'ero più giovane non so mica se ne avrei fatti altri [di figli]. (...) Poi sull'allattamento, non con l'aiuto veramente dei dottori e dottoresse dell'ospedale, ma grazie all'aiuto delle ostetriche del consultorio e a un gruppo di mamme che era lì in aiuto, sono riuscita poi a sbloccare il mio seno e allattare naturalmente.

Dalle testimonianze delle partecipanti viene alla luce una relazione tra medico e paziente ancora ben scandita da dominanza medica, descritta da Freidson (1970), un atteggiamento che porta a screditare la conoscenza esperienziale alla quale le persone attingono attraverso le proprie sensazioni per sostituirla invece con

procedure standardizzate, che possano adattarsi a necessità facilmente identificabili e generalizzate.

Abbiamo visto, e lo vedremo anche nelle successive narrazioni, come il personale sanitario spesso si ponga come potere decisionale sul corpo delle pazienti, ma che incarni anche una sorta di guida morale, poiché entrando nello spazio ospedaliero ci si deve adeguare ad un atteggiamento di distacco e di indifferenza, il quale viene richiesto anche alla donna stessa.

La partorientente si trova, così, ad essere trattata con dei pregiudizi riguardo alla sua posizione e alla sua *agency*, dovendo farsi carico di un *sick role*, come direbbe Parsons, che non le appartiene o nel quale non si riconosce; questo è dovuto anche al frequente e pressante intervento medico durante la nascita, che appare quasi un problema da “risolvere in fretta”, come ipotizza Colombo (2012), convinzione tramite la quale la gravidanza non viene solamente medicalizzata, ma anche patologizzata e resa una tappa biografica da raggiungere e scavalcare velocemente.

Questa poca attenzione alla complessità, anche simbolica, del parto fa sì che i protocolli sanitari siano sempre più stringenti e meno consapevoli anche da parte di medici ed ostetriche, portando così ad un effetto domino che impone un trattamento sbrigativo, emergenziale, che mostra la sua debolezza nel momento dell’ascolto e del sostegno, spesso inefficaci o assenti.

La difficoltà di instaurare un rapporto di fiducia e ascolto, com’è emerso anche dalla ricerca di Thompson (2016) presentata in precedenza, mostra chiaramente un desiderio di cura costantemente disatteso e violato nell’intimo delle partecipanti, che si ritrovano con un sentimento di tradimento poiché non è stato loro riservato il trattamento premuroso e accorto che si aspettavano.

3.3 Scollamento di percezioni

Giulia: (...) L'ideale sì, sarebbe una gratitudine totalizzante, una felicità immensa, un po' come quella che si vede nei film. E poi fisicamente un misto tra un senso di forza e un, non so come spiegarlo, sia forza sia rilassamento, forse sì senso di abbandono, di dire ok, il lavoro è stato fatto, ora posso stare qui e posso respirare con calma.

Nora: *La mia sensazione, una volta partorito, non è stata proprio così positiva, ma semplicemente perché il mio parto ideale me l'ero immaginata in tutt'altro modo e quindi c'è stata un po' di delusione. Delusione nel senso quasi di incapacità. (...)*

Emma: *Fiore ti senti di voler aggiungere?*

Fiore: *Io non so che cosa dire, perché quando sei lì è difficile capire cos'è un tuo desiderio e cosa no. Perché magari lo senti ripetere da questo e dall'altro, e poi succede che lo fai un po' tuo, no?*

In questa sezione tratteremo di tutte quelle distanze, percepite dalle partecipanti, che hanno caratterizzato il modello di donna e di madre a cui sentivano di dover fare riferimento e il quale facevano fatica a interpretare sia per quanto concerne l'aspetto personale ed emotivo, sia per quello più pratico e sociale.

Uno dei primi ostacoli nel sentirsi legittimata come madre è il tipo di parto a cui si aspira, per quasi tutte le mamme il parto naturale, e nel momento in cui esso non si realizza, o si è costrette a ripiegare su un cesareo, molte donne vanno in crisi sentendosi quasi *dimezzate* nella loro essenza di madri. Di questa dinamica abbiamo testimonianze che provengono sia dal primo che dal secondo focus group, vissuto sia come paura antecedente al parto, che come delusione successiva alla nascita.

Il cesareo sembra essere visto, anche dalle reti familiari e sociali delle partecipanti, come una stranezza, un'eccezionalità, seppur sia una pratica sempre più impiegata e comune in molti percorsi di nascita, come possiamo cogliere anche dai numeri elencati all'inizio del terzo capitolo e da quanto riportato da Colombo (2012) nella sua ricerca sul cesareo in Italia.

Anche nelle donne che si preparano a partorire la paura del cesareo è molto forte, non solo per le implicazioni tecniche e fisiche, dopotutto viene considerato un vero e proprio intervento, ma anche perché viene percepito come un *parto declassato* rispetto a quello naturale, nutrito di aspettative, significati e simbologie che arrivano da un tessuto culturale e stratificatosi nel tempo.

Gaia: (...) *Quindi io mi rendo conto di aver avuto veramente un'esperienza che forse una volta era la normalità, non lo so, però che auguro a qualsiasi donna che incontro. Ma non perché gli altri parti sono da meno, le altre donne sono da meno, io non sono niente di speciale, l'ho fortemente desiderato, ma non basta fortemente desiderarlo, deve esserci una serie di cose. Però per me è stato meraviglioso.*

Fiore: (...) a quel punto cesareo programmato e lì altra crisi perché non accettavo che questa bambina venisse al mondo in un giorno che avessero deciso degli altri, degli sconosciuti per lei, (...) Poi dopo il cesareo, che già mi sembrava di essere... [alza le spalle e sospira profondamente] forse il momento che più è stato faticoso è stato l'allattamento, perché anche per me era motivo appunto di... ci dovevo riuscire per forza diciamo.

Nora: Comprendo il volere questo senso di rivalsa, perché anch'io che ho partorito con quel bruttissimo cesareo d'urgenza, ho sentito proprio il bisogno di rifarmi sull'allattamento. Però per me, dopo essere uscita dall'ospedale, l'allattamento è stato bellissimo.

Anche le partecipanti al secondo focus group hanno affrontato il tema del parto cesareo e della difficoltà dell'accettare di dover partorire in maniera diversa da quello a cui una futura mamma viene preparata, anche dagli esperti.

Sabrina: Per me il partorire poteva essere solo quello in maniera naturale non avevo mai concepito durante i corsi, durante tutto quello che avevo fatto, un'idea diversa dal parto naturale. (...) Un dramma. Io per fare, per essere mamma devo fare un parto naturale, non posso fare il cesareo, mi sentivo incompleta non so perché (...)

Luce: In famiglia mia nessuno aveva fatto il cesareo, la mia famiglia è molto numerosa, tutti i parti naturali super ok, tutte che riescono a fare il parto tranquillamente, io invece rimango incinta molto tardi, c'è tutta una serie di complicazioni, quindi il cesareo. Quindi tutti sconvolti che io facevo il cesareo (...)

Emma: Vai pure Marika.

Marika: Posso fare anche un confronto con un'amica che ha partorito da pochi giorni il secondo figlio, sempre naturale, e lei appunto prima del parto era un po' restia anche al cesareo. Così per rassicurarla le ho detto: "Guarda io ho fatto il cesareo" e lei mi ha detto: "Guarda io non è che sono molto propensa".

Luce: Ma è ovvio, già i medici ti trattano come una mamma di basso livello, con l'operazione del cesareo per loro è un intervento come un altro. (...) Il cesareo viene buttato là in ginecologia non va assolutamente bene, certamente se c'è posto ti mettono da sola, però molto spesso il posto da sola non c'è e quindi ti mettono accanto a situazioni non proprio al massimo...

In alcuni casi, come afferma qui sopra una delle partecipanti, anche lo stesso sistema sanitario sembra trattare i parti cesarei con standard diversi rispetto a chi partorisce

con parto naturale, qui ci viene raccontato del disagio nell'essere assegnate al reparto di ginecologia, in una stanza non dedicata alle neomamme, ma a persone con condizioni fisiche molto diverse.

Il momento dell'allattamento ritorna come criticità della transizione alla maternità, mettendo in discussione le aspettative di cui una donna si sente investita e che desidera assecondare. Esso sembra essere uno dei criteri attraverso i quali le donne si sentono giudicate, esaminate e di conseguenza inadeguate e insoddisfatte.

Laura: Per l'allattamento, un altro trauma perché con il cesareo non avevo latte mio e già in ospedale era successo quello che era successo, in più il dopo... non è stato bello per niente.

Marika: Nel momento in cui dovevo allattare mio figlio, ho avuto anche io difficoltà a farlo attaccare al seno, non ho avuto nessuno che mi aiutasse un po' a gestire, ecco questo, non riuscivo proprio ad alzarmi e mi sono sentita anche un po' umiliata (...) e io mi sono sentita molto diciamo fuori luogo, a disagio e "non madre" per quello che non potevo garantire a mio figlio e i postumi poi sono stati appunto le depressioni postpartum.

Sabrina: (...) Rispetto all'allattamento, il dolore che ho avuto per il primo mese dall'allattamento, sì, mi sentivo un po' in colpa perché sapevo che volevo allattarla. La bimba rischiava di non crescere, però mi faceva troppo male. Quindi insomma lì mi sono un po' incastrata nel senso di inadeguatezza.

Luce: Non mi veniva il latte, io ho fatto di tutto per farmi venire comunque il latte (...) Però io ho vissuto male questa cosa, perché doveva essere naturale che mi veniva il latte, perché dovevo avere tutta questa fatica? (...) ho sofferto un po', mi dicevo: "Ecco, vedi? Non sono manco in grado di allattarlo questo figliolo!" Quindi ho vissuto un po' l'inadeguatezza, come se capito io fossi una mamma di serie B.

Alcuni episodi narrati dalle partecipanti includono anche varie forme di devianza emozionale (Zamperini, 2007) sia rispetto a quelle che si credono debbano essere le sensazioni e le emozioni che una neomamma debba provare, ma anche rispetto a quei copioni comportamentali che scandiscono le interazioni quotidiane delle donne.

Sabrina: (...) Non sono più mia perché comunque non posso fare più quello, non sono più mia perché il mio corpo è cambiato, non sono più mia perché ci ho messo tanto per riprendere quei chili, perché questo seno ho allattato tanto, mamma mia ha fatto tanto male, e poi in ogni momento della vita comunque c'hai sempre questa responsabilità di questa creatura che cresce, che è nata, che te l'hai desiderata e che te ne prenderai cura per tutta la tua vita e quindi è vero, non sono più mia. Ecco questo.

Morgana: Io posso dire una cosa, magari può essere brutto da dire, ma io l'ho provato lì per lì. (...) certo non è che la odiavo... [ride] però non ho provato, la cosa del: la ami subito, ti dimentichi ogni dolore; ecco questa cosa io non l'ho provata e un po' mi sono sentita un po' strana perché ho detto: sono io allora che non vado bene. (...)

Io mi sono sentita a volte anche giudicata, come diceva appunto la ragazza prima, che si sentiva anche lei dei giudizi da parte dei parenti, delle persone, anche quello c'è, e anche dalle persone esterne, comunque, questo avviene purtroppo.

Sabrina: Per me anche è stato così, ti capisco benissimo perché per me è stato un innamoramento, man mano che lo conosci che ci prendi confidenza, che ti innamori proprio come con un amore che puoi avere, che è con la conoscenza, che è lo scoprirsi piano piano e allora dopo sì, sei innamorato, però è vero all'inizio, alla fine è un corpo estraneo, no? Perché... si può dire? (...)

Le aspettative di comportamento quotidiano, connesse al ruolo di donna e all'immagine di pacatezza che spesso viene associata al femminile, si uniscono alle sensazioni contrastanti di uno stato di malessere fisico, di bisogno di intimità e tranquillità, sfociando così in posizioni scomode da incarnare per le partorienti.

Emma: Giulia prima ci raccontavi del senso di colpa, ti va di riprendere l'episodio?

Giulia: Ah sì, sì. (...) Quando avevo le contrazioni, che ero ancora nella stanza, non del parto, ma nella stanza dell'ospedale e che mi sono venuti a trovare i genitori del mio compagno: il fastidio, no? E quindi io che stavo male, il fastidio di averli lì, il senso di colpa di mandarli via, perché poi alla fine li ho mandati via brutalmente, e questo senso di inadeguatezza. (...)

Quindi quel senso di non riconoscermi e di inadeguatezza, no? Sto soffrendo troppo, non so essere gentile verso qualcuno che mi viene a trovare.

Gaia: Questo senso di invasione mi torna anche a me, lo capisco perché poi c'è sempre la variabile delle persone che possono non capire il perché lo fai, che magari ti ha dato fastidio per altri motivi, non è che glielo hai detto per cattiveria. (...)

Quando le donne deviano dai copioni di ruolo a cui dovrebbero far fede in quanto donne, è compito di vari attori sociali far loro presente che stanno "sbagliando" e che il loro comportamento dovrebbe essere altro. Torna il concetto del

disciplinamento della donna approfondito da Cohen Shabot (2021), che spinga verso un controllo del corpo e delle emozioni.

Sabrina: Anche in quel momento poi del preoperatorio dell'operazione ci siamo... abbiamo anche riso. Durante l'intervento [le infermiere] mi hanno brontolato perché ridevo e non avrei dovuto. Insomma mi dissero: "Stia un pochino più tranquilla, la smetta!" Perché proprio noi ridevamo, eravamo felici, eravamo contenti.

Laura: Per me- [viene interrotta da Luce]

Luce: Che poi alcuni, Madonna, non te le mandano proprio a dire. (...) Appena provi a far presente qualcosa, ecco, TAC! [simula una forbice con le dita]

Emma: Vai Laura, continua.

Laura: Per me le infermiere sono state delle carnefici, è stato veramente traumatico (...) Ho cominciato a fare la pazza dicendo: "Se non mi portate il latte, non lo fate smettere di piangere, io li butto dalla finestra!". È arrivata l'infermiera: "Signora lei queste cose non le deve dire! Come si permette? Che succede?" (...)

Alcune donne hanno espresso la scomodità di quelli che chiamano i *cliché* di mamma perfetta, anche perché il mito della completa abnegazione per il figlio non viene sentita, in particolare dalle mamme più giovani, come una missione necessaria, ma più come una imposizione gravosa e che collide con il loro desiderio di bilanciare le altre sfere e gli altri "self" che incarnano nella vita quotidiana.

Luce: Che poi quando diventi mamma sei mamma e punto, non c'è scampo [ridacchia]

Marika: (...) Non si può continuare con questa retorica qui. Ho capito che il compito di una madre è dover dare, però una madre deve anche un attimo prendersi cura di sé stessa perché se non sta bene non può garantire, non può dare appunto anche stabilità al suo figlio.

Morgana: Perché ci si aspetta che una mamma sia sempre contenta di partorire, di avere figli. Però è tosta a volte e quindi ti viene quasi da pensare ma chi me l'ha fatto fare? Se rimanevamo una coppia felice e andavamo a farci viaggi con mio marito. [ride] Quasi quasi a volte uno pensa "Madonna mia, potremmo fare come altre coppie che vanno, fanno le cose" e tu non ci riesci oppure magari... non lo so. Qualche volta è un altro pensiero scomodo perché puoi dire: la amo, non starei mai senza però da un lato chissà se avessi scelto un'altra strada.

In entrambi i gruppi si è parlato di decostruire le rappresentazioni di parto e di maternità, nel primo parlandone come archetipi riduttivi dell'esperienza delle madri, nel secondo, invece, problematizzando il concetto di ideale su larga scala.

Anche se con sfumature diverse, tutte le partecipanti hanno espresso a modo loro un'insofferenza nei confronti di una normatività percepita come soffocante o sviante, alla quale è impossibile aderire completamente, ma a cui le donne vengono educate ed istruite sin da bambine.

Gaia: (...) Un cliché di mamma che non esiste e quindi l'inadeguatezza di dove stare a tanti copioni che appunto: ma chi li ha scritti? (...) Però è così, quel senso lì di dover essere una mamma perfetta che non lo è nessuno. Perché devo essere anche una mamma perfetta?"

[Giulia annuisce]

Nora: È proprio l'idea che se non ti dilati allora non sai partorire e se non spingi bene e se non fai quello, e se non ti si attacca, e se non ti arriva il latte e... cioè ecco tutte queste regole che ti fanno, e che ti vengono dette, che ti portano poi veramente anche a farti dire: vabbè cavolo basta! (...)

Fiore: E appunto poi ho pensato anche a questa cosa al senso della maternità, al fatto di poter partorire in un determinato modo, a voler fare le cose in un determinato modo però a un certo punto bisogna anche ascoltare sé stessi, il proprio corpo e appunto le cose non vanno come vorremmo ma ripeto, bisogna accettarle anche quando non vanno come vogliamo (...)

In alcuni estratti si descrive come il vivere quotidianamente la maternità aiuti a superare la brama di raggiungere una completa adesione all'idealtipo di mamma, seppur qualche retaggio di inadeguatezza rimanga, lo scontro con le "sfide" di tutti i giorni e il confronto con altre donne che stanno vivendo esperienze simili aiuta a trovare un proprio equilibrio e a far pace con le aspettative sociali.

Morgana: Soprattutto ti fa sentire un po' meno sola, anche questo, sapere, condivid- [si interrompe la connessione]

Emma: Dicevi anche tu Morgana, della condivisione in gruppo?

Morgana: Sì, Mi fa piacere comunque condividere perché appunto non siamo molto ascoltate come figura proprio, la mamma spesso e volentieri non ha neanche il diritto

di lamentarsi, deve stare zitta, lì anzi deve apparire col sorriso per forza, felice per forza, invece la realtà è un'altra poi alla fine...

Luce: [annuisce] E che poi ti chiedono: "Allora come va, come non va?" E tu sei lì che vorresti rispondergli male perché non dormi, non ti riconosci, hai paura di tutto. E niente, allora sorridi e fai la scenetta. (...)

Di questo tratteremo a breve nella sezione successiva, all'interno della quale seguiremo le partecipanti all'esterno della struttura ospedaliera, nel processo di assestamento del post-parto ed approfondiremo come l'impatto con la vita quotidiana influenzi la transizione alla maternità, già ostica di per sé.

Le narrazioni riportate qui sopra mostrano un intreccio piuttosto denso di tutte quelle aspettative sociali che derivano dai vari ruoli legati al femminile, le donne sembrano essere in alcuni casi dilaniate e confuse dalla miriade di richieste che vengono loro fatte. Da un lato si chiede loro la totale abnegazione in favore del figlio, dall'altro per essere una donna non devi dimenticarti di te, si chiede loro di essere forti e di non lamentarsi, dall'altro le si incolpa quando non hanno il coraggio di chiedere aiuto. Questa messa in discussione continua di quella che è la propria identità sembra portare sempre con sé un'ombra che prende le sembianze di quella "vergogna latente" (Cohen Shabot, Korem, 2018), che perseguita le donne attraverso un senso di inadeguatezza, l'incapacità percepita o accusata nel momento in cui il supporto viene meno.

Skultans (2004) la descriveva come una vulnerabilità sociale nascosta e venduta al pubblico come una vulnerabilità fisica, continuamente riprodotta attraverso atteggiamenti di *patrism* e stereotipi che minano la creazione di una subcultura che parta dalla devianza emozionale (Zamperini, 2007) consapevole e agita con coscienza, come forma di protesta al carico che grava sulle spalle delle neomamme, spesso lasciate sole durante la transizione alla maternità.

3.4 Supporto e ascolto: tra mancanze, gratitudine e desideri

Morgana: Avere un contorno che ti faccia proprio da fondamenta è la cosa migliore da avere, (...) magari anche che ti aiuti proprio a livello intimo, insomma personale.

Laura: Guarda per me l'unica cosa era avere qualcuno accanto che mi potesse dare una mano ecco, questo sì, e questo veramente mi è mancato tantissimo, tantissimo perché poi ti senti appunto di dover... con quei due piccini che comunque avevano bisogno di me, io che avevo bisogno di qualcuno e che quindi non potevo essere al 100% per loro, però lo dovevo essere, capito? Quindi ti senti inadeguata ti senti: oddio, oddio, non ce la faccio! Oddio ma come faccio?

*Sabrina: Ci credo, con quello che hai passato ti monta proprio la paura. (...)
Già io ho fatto tanta fatica a sentirmi "mamma", mi immagino con tutte queste situazioni.*

Laura: Io tanti problemi di paura non ne ho avuti, era proprio la rabbia che montava, perché non è stato giusto il mio trattamento. Ero solo che incazzata.

Come abbiamo potuto notare dagli estratti già presentati, queste sfere tematiche si prestano ad una sovrapposizione e un gioco di scambi continui, sfumando i confini tra individuale e sociale, ma anche tra lo spazio interno all'istituzione di cura e quello esterno. Il momento dell'uscita dall'ospedale può essere letto come la fine di una fase liminale, vi entri donna, ne esci mamma, ed è proprio nel periodo immediatamente successivo che si presentano nuove difficoltà e nuovi bisogni (Shabot, 2021, pag. 449) dei quali, però, nessun tipo di istituzione si occupa e di cui le risoluzioni vengono demandate alla singola donna e alla sua rete familiare-sociale.

Luce: (...) anche se ho partorito da grande, al parto ci sono arrivata comunque impreparata, anche perché non avevo vicino le persone che mi potevano dire, dare qualche consiglio in più. Anche nel dopo, dico.

Marika: E vorrei che me lo avessero detto, effettivamente cioè... a questo uno deve essere pronto, non al parto in sé, (...) penso, che debba esserci maggiore consapevolezza del dopo non tanto del prima, ma di tutto quello che accade dei mutamenti, dei cambiamenti. (...) non sei soltanto una donna ma devi prenderti cura effettivamente, concretamente di chi hai accanto, però allo stesso tempo ti trovi anche impacciata.

Morgana: Sì, più che il parto in sé, anch'io lo vedo, che ci vorrebbe un aiuto successivo.

Luce: Sì, però non è qualcosa che puoi fare da sola, in alcuni momenti c'è un po' di buio che non sai bene dove... un attimo battere la testa, lì è il momento in cui, se tu intorno a te hai una solidità, un contorno di persone che magari stanno anche troppo a parlare (...) che ti dicono "devi fare così" (...) quindi un po' ci litighi anche in un certo senso; però, anche se ti fanno delle male osservazioni che tu lì per lì non accetti tanto, ci

vogliono anche quelle... è un modo per ridefinirti, in quel momento in cui ti stai ridefinendo con questa novità e quindi ti serve tutto questo intorno, questo contorno, senno non ce la fai.

Il supporto, sia pratico che morale sembra arrivare spesso da altre donne, principalmente amiche, che stanno vivendo o hanno già vissuto la maternità. Queste ultime in particolare fungono da punti di riferimento e da guide, specie nei casi in cui gli affetti familiari non vivano vicini alla donna e nel momento in cui i mariti e i compagni sono costretti a tornare al lavoro.

Luce: C'erano delle amiche che venivano con le lasagne e io ero la donna più felice del mondo perché sostanzialmente non mi riuscivo a lavare, non riuscivo a andare in bagno, non riuscivo a fare altro se non stare dietro a questo cittino, poi c'era quell'altro che comunque c'aveva un anno. (...) Perché poi in non abito dove ci sono i miei genitori, quindi ero molto sola, abbastanza sola.

Marika: Io fortunatamente vivo vicina ai miei e mi ricordo una volta ci è venuta a trovare un'amica di famiglia che ha cinque figli. Mi ricordo, mi si avvicinò proprio, quasi con fare proprio materno, e all'orecchio mi sussurrò: "Tutti ti diranno che devi fare così, devi fare cosà (...), la cosa più importante tu fai quello che ti senti, quello che tu come mamma senti che sia la cosa migliore per te e per il tuo figliolo, perché non c'è nessuna regola prestabilita". (...) Se hai intorno a te persone che lo hanno già vissuto, il parto, sei automaticamente più tranquilla, non ci sono confronti o paragoni, impari a lavorare di squadra.

Sabrina: (...) Poi per fortuna una mia amica capì la mia difficoltà e mi stette molto vicina e poi lei era già mamma e in più anche psicologa, forse mi disse quelle cose giuste che in quel momento mi servivano per farmi capire che [il parto] non sarebbe stato da meno.

Nel secondo focus group è emerso anche il problema del congedo parentale. Infatti, seppur i partner si prestino alla divisione della cura del bimbo, il loro sostegno pratico e quotidiano si esaurisce nel momento in cui sono costretti a tornare al lavoro dopo pochi giorni di permesso; le neomamme si ritrovano così da sole ad affrontare le prime fasi di vita dei figli, dovendo allo stesso tempo curarsi di loro stesse e, molto spesso, anche del lavoro domestico.

Luce: Però relativamente, purtroppo i compagni ci sono o non ci sono, perché poi ci sono pochi giorni e poi non ci sono più. Tra l'altro, anche quando è nato il secondo, il

mio compagno ha iniziato a fare un lavoro completamente diverso, proprio negli stessi giorni della nascita del secondo, quindi è proprio sparito. Passavo le giornate sola. Meno male che ogni tanto arrivava qualcuno che mi dava un attimo di respiro... sennò. (...)

Morgana: Magari, sapete cosa, una rete con un po' più di forza, perché purtroppo i mariti c'hanno, non so i vostri, ma il mio c'aveva proprio tipo cinque giorni per stare a casa, quindi poi tu sei sola con questo bambino e sei incasinata (...) alla fine dopo un po' il marito torna al lavoro e tu rimani sola perché non potevano neanche spostarsi gli altri quindi... insomma ti viene un po' la depressione... ecco quello l'ho sperimentato anche io purtroppo.

Marika: [annuisce]

Sabrina: Oddio, io posso solo immaginare, perché io fortunatamente c'ho mia sorella che vive vicina e mi ha sostenuta tanto, però sì, diciamo che non si pensa mai che... alla fine un figliolo lo fai in due. Perché uno si deve prendere tutta la responsabilità, questo devo ancora capirlo.

Il sentimento maggiormente raccontato è quello della solitudine, che si insinua nella vita delle mamme in varie forme. Il senso di abbandono è particolarmente forte nelle mamme che hanno partorito durante il periodo della pandemia, poiché gli stessi protocolli sanitari implicavano che le partorienti non potessero avere persone esterne all'interno della stanza.

La maggioranza delle donne, anche coloro che hanno partorito negli anni del prima o dopo pandemia, uscendo dall'ospedale si ritrovano a dover far fronte ad una nuova fase della propria esistenza che è stata ampiamente stravolta, ma allo stesso tempo devono prendersi cura di una nuova vita, di cui si sentono pienamente responsabili ed inoltre a dover elaborare ciò che è stato il parto e la nascita per loro, cercando di venire a patti rispetto a quelli che erano i loro desideri ed invece il trattamento che hanno ricevuto.

Laura: È importante che le mamme non vengano lasciate sole, questo sì, perché spesso non hai appunto né la forza fisica ma anche psicologica di riuscire a sentirti... perché nessuno ti ha insegnato. Non è che noi nasciamo imparare, è una cosa completamente nuova, quindi, la impari insieme a quel bambino giorno per giorno e se hai qualcuno che magari l'ha già vissuto e magari ti dà qualche consiglio o ti aiuta... ma anche solo per dire: "Guarda, vatti a lavare il viso e lo tengo io, oppure vai in bagno a far pipì che te lo tengo io.

Luce: La questione è che veramente si fa fatica a chiedere una mano, anche alla vicina di casa, è proprio separato. (...) E quindi, ripeto, i vicini di casa, tutti dovrebbero gioire di questa nascita e venire e dare una mano, perché no? Bussare alla porta, dicendo, guarda come va, hai mangiato? Sì, invece purtroppo non accade.

In questo senso sarebbe bello attuare un cambiamento. Stiamo perdendo il senso di comunità.

Sabrina: Vorrei solo dire che questo comunque è un cambiamento della società perché una volta appunto le famiglie erano numerose, c'erano tante mamme, tante nonne, tante persone che stavano ad accudire. Adesso le famiglie sono, sono così, sono molto più piccole c'è molto individualismo nella società in generale, c'è difficoltà a chiedere aiuto, c'è un po'... insomma è difficile... sarebbe bellissimo poter avere l'appoggio anche di un gran contorno, però lo vedo molto più... molto difficile nella società di oggi, è un problema di società secondo me, di come si stanno strutturando le famiglie, di come si sta di come sta avvenendo un po' il mondo...

Marika: Poi devi fare i conti con quello che hai vissuto, mi sono ritrovata in molte cose, nella testimonianza che ci ha riportato la mamma di prima, anch'io mi sono vista sola come un cane, anch'io ho trovato veramente ostetriche poco dedicate, personale, che veramente hanno abbandonato un po' chi dovevano in realtà seguire, di questo ho sentito gli effetti tornata a casa.

-

Fiore: Ci ripensi. Tante emozioni per cui a un certo punto è andata bene lo stesso anche così, però ripensandoci poi mi ha creato un po' di rammarico ecco, non avere diciamo fatto valere il mio benessere, una mia scelta perché comunque potrebbe essere tranquillamente un mio diritto ecco chiedere di essere appunto, di farlo in un altro modo. (Fiore parlando con Gaia in un momento successivo al focus group)

Le aspettative legate al proprio parto, spesso disattese, divengono quindi lo spunto per riflettere sul tipo di esperienza che si sarebbe voluto vivere. Entrambi i focus groups hanno dato spazio a questo argomento, nel primo partendo dalle narrazioni ideali di parto, mentre nel secondo è emerso alla fine, nel momento in cui le donne hanno iniziato a elencare gli elementi riscontrati come problematici e a trasformarli in desideri di cura e supporto auspicabili per ogni donna.

Gaia: Io mi sento nel mio ideale molto, tra virgolette, supportata da delle figure importanti, quindi la sicurezza delle ostetriche, che magari sanno guidarmi nel

momento della difficoltà, ma anche percepire se c'è un problema. (...) E me lo immagino con persone, ma se ci sono, sono proprio un supporto fisico, ma non di suggerimento. Sono io che chiedo: "Vieni, vieni, ho bisogno di questa cosa piuttosto che quest'altra". (...) i medici dovrebbero ascoltare se c'è un veramente bisogno reale di intervenire prima per un problema di salute che non è un protocollo, e non perché "si fa così" e c'è la data di scadenza come nel latte.

Fiore: Poi si è un po' costrette a stare ai protocolli, perché è difficile opporsi a qualcuno che ha studiato per quella cosa lì. (...)

Giulia: A me vengono in mente più figure di riferimento a cui appoggiarsi, quindi un'ostetrica, ma anche la persona con cui ho fatto il percorso yoga, quindi mi immagino lei un po' come guru che mi accompagna un po' nella respirazione, nella calma, (...) e l'ostetrica invece che dà delle indicazioni un pochino più professionali, più mediche, che controlla la dilatazione.

Il compagno me lo immagino attaccato a me vicino, che mi accarezza il viso, che mi sostiene, che mi porta l'acqua. E poi le altre persone che mi immagino, magari un'amica, due, che fanno anche loro un po' da tifo, da sostegno.

Nora: Anch'io vedo anche proprio il mio compagno, lì vicino a me, che mi stringe la mano, mi guarda. Le ostetriche che mi incoraggiano, che mi aiutano con tutte le spinte. (...)

-

Luce: Io avrei voluto proprio quella base solida che ti fa dire: "Vai, è tutto a posto, adesso posso concentrarmi sul parto"... E invece no, sei lì, già scontenta perché non ti senti a tuo agio. (...) tipo forse un'ostetrica di supporto che ti segue personalmente, sarebbe bello avere qualcuno che sa fare e di cui ti fidi, ma è un po' utopico, più che ideale, come dicevamo prima.

Morgana: Durante il parto appunto io l'unica cosa [che avrei voluto] è un personale un po' più amorevole, ecco perché tu sei in una situazione di fragilità, di debolezza, non sei quasi più te stessa in quel momento. (...) quindi magari una figura accanto che ti dice: "Dai coraggio! Ce la fai, avanti, vai così!" Perché comunque a volte i papà sono anche spaventati loro stessi (...) più appoggio dalle figure professionali, questo io vorrei nel parto ecco per tutte noi... un appoggio morale, più che fisico, morale, per me è questo.

Marika: per me il supporto psicologico è stato importantissimo, stavo proprio male. (...) Quindi forse sì, qualcuno che abbia le competenze per aiutarti, che lavori proprio lì in

reparto maternità, o... che ne so... che ti concedano delle sedute al consultorio, qualcosa di questo tipo.

Le richieste delle partecipanti sono in linea con le richieste riscontrate nello studio di Thompson, riguardante i desideri delle madri olandesi riguardo la figura delle ostetriche. (Thompson et al., 2011, pp. 124-126)

La solitudine amaramente descritta dalle partecipanti ci mostra una diffusa carenza di organismi, istituzionali e comunitari, che possano sostenere le donne durante la transizione alla maternità. Questa mancanza si pone in relazione al forte desiderio di solidarietà e mutuo aiuto espresso dalle mamme, le quali hanno raccontato di un bisogno che si basi sull'esperienza condivisa con le altre donne e sul confronto paritario, come propone Lupton (2016), un insieme di relazioni che si svolgano all'interno di contesti sicuri e in cui ci si senta a proprio agio nel condividere il proprio vissuto (Shabot, 2021) e le insicurezze, o i malesseri che ne derivano.

Desidero concludere questa analisi tematica con una breve riflessione rispetto agli scambi avvenuti in fase di debriefing, sia per il primo focus group che per il secondo, poiché credo che attraverso di essi si riesca a cogliere l'essenza di questa esperienza collettiva, e soprattutto, a far venire alla luce come esperienze di questo tipo, legate sì alla ricerca, ma anche all'azione che ne deriva, possano essere esse stesse di estremo aiuto al percorso di transizione alla maternità o alla condivisione di vissuti dolorosi legati al parto.

Primo focus group:

Gaia: Abbiamo bisogno di questo, abbiamo bisogno di donne che parlano di questo perché ci sentiamo meno sole, ci sentiamo... perlomeno questo è stato per me, sentirmi meno sola, non sentirmi incapace, sbagliata, non pronta e anche quando si sbaglia accettarlo, per crescere.

Giulia (...) Voi non avete un'immagine di me, quindi si può dire un po' tutto, ma immagino che è un'esperienza che avete fatto anche voi, magari di dire qualcosa in più di quello che magari avete detto. Sono necessari spazi così, che facciano proprio da culla, quasi.

(...)

Fiore: Queste tematiche vanno riportate a una dimensione del femminile, devono tornare nelle mani delle donne. Così come condivisione sicura tra donne.

Nora: Esatto. (...) Grazie anche per averci dato questa possibilità di ricordare, di condividere.

Secondo focus group:

Luce: (...) Noi non chiediamo più, gli altri non ti chiedono, non condividiamo realmente. Quindi questa è la gravità, secondo me, di questo momento storico per le comunità, dove siamo noi, perché non è che tutto il mondo è così. Già questa cosa che stiamo facendo, secondo me, è già un segnale del fatto che stiamo capendo che condividendo ci diamo una mano. (...) Il racconto, la narrazione, la scrittura può essere un mezzo per ritrovare quella dimensione che abbiamo completamente perso nel tempo, perché il cambiamento sociale c'è e ci è stato. Non possiamo dire che non c'è stato.

(...)

Laura: Io direi che confrontarsi così è utile, per la questione che non c'è un ideale, che è tutto quello che ci viene inculcato, ma almeno confrontandosi così ti rendi conto di quanto siamo toste. (...) In una parola, proprio: solidarietà.

Marika: "Diciamo è molto bello sentire le altre testimonianze e capire che effettivamente non c'è questa idealizzazione, ma c'è la verità, quindi forse questa sera ho fatto di nuovo uno switch, sono ritornata indietro con le storie che ho ascoltato adesso, ho ripercorso la mia. Ti fa capire che non sei stata l'unica a vivere un'esperienza meno... carina.

Morgana: Sì, e poi mi rincuora vedere che appunto tutte più o meno abbiamo avuto le stesse sensazioni e emozioni, più o meno. Soprattutto ti fa sentire un po' meno sola, anche questo, sapere, condividere in questo modo le esperienze di tutte, insomma, ecco, questo mi fa rincuorare, non sono l'unica.

Sabrina: (...) Comunque vi volevo ringraziare perché tanta ricchezza da questa serata mi porto dentro, è bello condividere e quindi ancora una volta è una conferma che parlare, stare insieme, che raccontarsi fa bene. Si dovrebbero proprio istituire spazi così che servano un po' da accompagnamento (...).

Luce: Ma infatti! Veramente tu ridimensioni, perché tu ingigantisci il tuo problema, fino a che non senti che ce l'hanno anche le altre, allora non sono l'unica, aspetta! Non sono l'unica con questo problema, quindi aiuta tantissimo. Perché non possono esserci queste figure [di sostegno comunitario] o questi progetti anche in altri reparti?

Come si può notare dagli estratti della fase di *debriefing* qui sopra riportati, le donne sembrano trovare molto conforto nei momenti di scambio con altre donne, persino per coloro che hanno vissuto l'esperienza del parto anni fa.

La condivisione di quelle che sono le paure, i vissuti traumatici, le emozioni scomode che possono presentarsi durante il primo arco della maternità, funziona come una sorta di bilanciamento del carico emotivo legato sia a esperienze di parto, che alle donne viene chiesto di dimenticare, ma anche alle sfide pratiche che si affrontano nella quotidianità (Anderson, 2013).

In un momento di stravolgimento, come può essere il ritorno a casa dopo la nascita di un figlio, le neomamme esprimono il desiderio di trovare un senso di comunità e di supporto, ricercando, più o meno attivamente, spazi e persone che possano diventare punti di riferimento, metri di paragone, relazioni di mutuo aiuto.

La difficoltà per tutte sembra essere quella di interfacciarsi con la paura di affrontare la maternità nello stato di solitudine in cui le donne si sentono immerse, ma contemporaneamente ritrovarsi a dover elaborare sentimenti di inadeguatezza e di giudizio che sembra provenire dall'esterno e a causa dei quali si fa fatica a chiedere aiuto.

L'utilizzo di racconti e narrazioni in gruppo è stato dalla maggior parte accolto come una modalità funzionale alla creazione di una comunità paritaria, nella quale le donne si sono sentite libere di parlare, non giudicate, disposte ad aprirsi rispetto a momenti dolorosi, ma anche ad accogliere le storie delle altre, queste ultime diventavano un mezzo per ricordare, confrontare e rincuorarsi rispetto ad alcune forme di scollamento dai modelli di "madre perfetta".

Infine, gli scambi intercorsi tra le partecipanti sono stati anche elementi di denuncia e di decostruzione di alcuni sistemi, dai più concreti e pratici come i protocolli

sanitari e il tipo di cura a cui i medici vengono formati, andando a toccare anche strutture culturali e socialmente normative, come i vari idealtipi di madre o le aspettative legate al parto.

CONCLUSIONI

Il momento del parto si presenta nuovamente come un evento intriso di significati che hanno un impatto sulla sfera individuale e sociale, esso, a causa della sua carica trasformativa della biografia di una donna funge da stimolo per la messa in discussione delle aspettative legate al genere femminile e del funzionamento di altre istituzioni all'interno delle quali il parto avviene.

Come è emerso sia dalla letteratura che dalla ricerca empirica, il rapporto tra professionisti e partorienti è spesso caratterizzato da una difficile comunicazione, la quale spesso si trasforma in silenzi e in interventi non consensuali, che aprono la strada a episodi di violenza ostetrica.

L'immobilità e la standardizzazione delle cure incarnata dai medici si riflette sulla relazione con le donne che, a gran voce, esigono invece un trattamento che si metta in contatto con le loro reali esigenze, che dimostri un ascolto attivo e interessato al loro benessere e quello dei loro figli.

La stessa struttura ospedaliera risulta essere inospitale, e il senso di non-accoglienza pare circolare tra il luogo e il personale che vi lavora; l'insofferenza testimoniata ci parla di una rigidità rispetto a quelli che sono i protocolli sanitari, legittimati da un universo di conoscenza tecnico-scientifico, che viene, però, utilizzato spesso per screditare le percezioni e sensazioni individuali delle pazienti, creando una dinamica di rigidità e timore anche verso chi, in quel momento, dovrebbe incarnare il ruolo di aiutante.

Questa diffusa mancanza di fiducia fa sì che nella relazione tra ostetriche e partorienti si crei una frattura comunicativa che porta alla non cooperazione e alla disfunzione di quella catena di rapporti che va ad intaccare anche la rappresentazione che una donna avrà poi di sé stessa in quanto madre, innescando sentimenti di disagio, inadeguatezza e senso di colpa.

Il supporto prima, durante e dopo il parto pare essere irrisorio, se non totalmente assente e alle donne, già investite di aspettative sociali gravose e talvolta contraddittorie, viene richiesto di far fronte a tutto ciò che la transizione alla maternità comporta completamente da sole, o quasi.

Nella fase immediatamente successiva al parto, quindi, le neomamme devono bilanciare autonomamente una serie di negoziazioni che vanno dagli aspetti più concreti, come la gestione del tempo e della cura del figlio e della casa, agli aspetti più volatili, ma non per questo meno tangibili, come ad esempio il senso di abbandono a sé stesse e l'elaborazione di quello che è stato il proprio parto e delle situazioni più o meno traumatiche vissute.

La condivisione di queste pesantezze con altre mamme sembra essere l'antidoto alla solitudine dilagante nella quale le donne si ritrovano, infatti, il confronto con altre donne che stanno vivendo la maternità, o che la hanno già vissuta, diviene un modo in cui le madri sviluppano la propria *agency*, problematizzando i set di aspettative che si sentono obbligate ad adempiere, aprire la trattativa su quelli che sono i modelli di parto, di ruolo, di maternità e trovando in questo processo un modo di rielaborare con una certa consapevolezza il proprio vissuto.

L'impiego di tecniche narrative e creative in percorsi di ricerche-azione possono offrire uno sguardo diverso alla trattazione accademica standard, andando a porsi come tramite tra la costruzione collettiva di nuova conoscenza e l'espressione individuale che nasce dalle esperienze.

Parlando di ricerche future sarebbe estremamente interessante osservare come gruppi comunitari di questo tipo possano trasformare la transizione

alla maternità, offrendosi come reti di supporto autogestite per le neomamme, ma anche coinvolgere il personale sanitario, in particolare le ostetriche, in studi di questo tipo, che possano far germogliare un dialogo tra gli attori riguardo le aspettative reciproche e le pratiche di cura che si sviluppano all'interno della loro relazione.

Bibliografia:

Anderson, L. N. (2013). FUNCTIONS OF SUPPORT GROUP COMMUNICATION FOR WOMEN WITH POSTPARTUM DEPRESSION: HOW SUPPORT GROUPS SILENCE AND ENCOURAGE VOICES OF MOTHERHOOD. *Journal of Community Psychology*, 41(6), 709–724. <https://doi.org/10.1002/jcop.21566>

Barclay, L., Everitt, L., Rogan, F., Schmied, V., & Wyllie, A. (1997). Becoming a mother - an analysis of women's experience of early motherhood. *Journal of Advanced Nursing*, 25(4), 719–728. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1997.t01-1-1997025719.x>

Barker, K. K. (1998). A ship upon a stormy sea: The medicalization of pregnancy. *Social Science & Medicine* (1982), 47(8), 1067–1076. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(98\)00155-5](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(98)00155-5)

Bate, P. (2004). The Role of Stories and Storytelling in Organisational Change Efforts: A Field Study of an Emerging “community of practice” within the UK National Health Service. In *Narrative Research in Health and Illness* (eds B. Hurwitz, T. Greenhalgh and V. Skultans). <https://doi.org/10.1002/9780470755167.ch20>

Cambi, F. (2006). La scrittura come “cura di sé.” *Quaderni di didattica della scrittura*, 27–34. <https://doi.org/10.7369/71623>

Chadwick, R. (2017). Ambiguous subjects: Obstetric violence, assemblage and South African birth narratives. *Feminism & Psychology*, 27(4), 489–509. <https://doi.org/10.1177/0959353517692607>

Charon, R. (2004). The Ethicality of Narrative Medicine. In *Narrative Research in Health and Illness* (eds B. Hurwitz, T. Greenhalgh and V. Skultans). <https://doi.org/10.1002/9780470755167.ch2>

Cipolla, S. Z. M. (2022). *La posizione della partoriente come misura del grado di medicalizzazione del parto: ricostruzione storica e prospettive odierne.* <https://doi.org/10.15168/2284-4503-2349>

Cohen Shabot, S., & Sadler, M. (2023). My Soul Hurt, and I Felt as If I Was Going to Die: Obstetric Violence as Torture. *Hypatia*, 38(3), 607–627. <https://doi.org/10.1017/hyp.2023.72>

Cohen Shabot, S., & Korem, K. (2018). Domesticating Bodies: The Role of Shame in Obstetric Violence. *Hypatia*, 33(3), 384–401. <https://doi.org/10.1111/hypa.12428>

Cohen Shabot, S., & Sadler, M. (2023). My Soul Hurt, and I Felt as If I Was Going to Die: Obstetric Violence as Torture. *Hypatia*, 38(3), 607–627.

<https://doi.org/10.1017/hyp.2023.72>

Colombo, G. (2012). Caesarean section and social context in Italy: A critical look. *Quaderni ACP*, 19(1), 8–10.

Edward, M. M., & Kibanda, Z. (2023). Obstetric violence: A public health concern. *Health Science Reports*, 6(1), e1026-n/a.

<https://doi.org/10.1002/hsr2.1026>

Freidson, E., Vicarelli, G., Freidson, E., Vicarelli, G., & Vicarelli, G. (2002). *La dominanza medica : le basi sociali della malattia e delle istituzioni sanitarie*. F. Angeli.

Frisina, A. (2010). *Focus group : una guida pratica*. Il Mulino.

Gizzo, S., Di Gangi, S., Nardelli, G. B., Marco Noventa, Veronica Bacile, & Alessandra Zambon. (2014). Women's Choice of Positions during Labour: Return to the Past or a Modern Way to Give Birth? A Cohort Study in Italy.

Hurwitz, B., Skultans, V., & Greenhalgh, T. (2004). *Narrative research in health and illness*. Blackwell.

Jewkes, R., & Penn-Kekana, L. (2015). Mistreatment of Women in Childbirth: Time for Action on This Important Dimension of Violence against Women. *PLoS Medicine*, 12(6), e1001849–e1001849.

<https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001849>

Krygowska, K., Grzesik-Gąsior, J., Pieczykolan, A., Iwanowicz-Palus, G., & Bień, A. (2022). Social support and the ability to control emotions in women hospitalized due to the risk of premature birth. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*, 28(1), 70–77. <https://doi.org/10.26444/monz/146197>

Lupton, D. (2016). The use and value of digital media for information about pregnancy and early motherhood: A focus group study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 16(1), 171–171. <https://doi.org/10.1186/s12884-016-0971-3>

Montanaro, M. (2022). La scrittura come forma di elaborazione del lutto collettivo in Cile. *Altre Modernità*, 27, 371–377. <https://doi.org/10.54103/2035-7680/17952>

Oakley, A. (2016). The sociology of childbirth: an autobiographical journey through four decades of research. *Sociology of Health & Illness*, 38(5), 689–705.

<https://doi.org/10.1111/1467-9566.12400>

- Rosaura Navajas Seco. (2018). Proceso experimental a través de los lenguajes del arte en el abordaje terapéutico de la mujer con trauma. *Arteterapia (Madrid)*, 13, 175–189. <https://doi.org/10.5209/arte.59899>
- Sadler, M., Santos, M. J., Ruiz-Berdún, D., Rojas, G. L., Skoko, E., Gillen, P., & Clausen, J. A. (2016). Moving beyond disrespect and abuse: addressing the structural dimensions of obstetric violence. *Reproductive Health Matters*, 24(47), 47–55. <https://doi.org/10.1016/j.rhm.2016.04.002>
- Scambia, G., Viora, E., Chiantera, A., Colacurci, N., & Vicario, M. (2018). “Obstetric violence”: Between misunderstanding and mystification. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 228, 331–331. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2018.06.012>
- Shabot, S. C. (2021). Why ‘normal’ feels so bad: violence and vaginal examinations during labour – a (feminist) phenomenology. *Feminist Theory*, 22(3), 443–463. <https://doi.org/10.1177/1464700120920764>
- Simmel, G., Cotesta, V., Simmel, G., Cotesta, V., & Cotesta, V. (1996). *Sull'intimità*. Armando.
- Solvang, P. K. (2018). Between art therapy and disability aesthetics: a sociological approach for understanding the intersection between art practice and disability discourse. *Disability & Society*, 33(2), 238–253. <https://doi.org/10.1080/09687599.2017.1392929>
- Sonia Scarpante. (2017). La scrittura terapeutica: cura e conoscenza di sé. *M@gm@*, 15(2).
- Spano, I. (2001). *Nascita e società : la medicalizzazione del parto: un aspetto della iatrogenesi sociale* (Nuova ed). Sapere.
- Thompson, S. M., Nieuwenhuijze, M. J., Low, L. K., & de Vries, R. (2016). Exploring Dutch midwives’ attitudes to promoting physiological childbirth: A qualitative study. *Midwifery*, 42, 67–73. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2016.09.019>
- Thompson, S. M., Nieuwenhuijze, M. J., Low, L. K., & De Vries, R. (2019). Creating Guardians of Physiologic Birth: The Development of an Educational Initiative for Student Midwives in the Netherlands. *Journal of Midwifery & Women’s Health*, 64(5), 641–648. <https://doi.org/10.1111/jmwh.12999>
- Twaddle A. (1994), Disease, Illness and Sickness Revisited, in Twaddle A., Nordenfelt L. (eds.), *Disease, Illness and Sickness: Three Central Concepts in the Theory of Health*, *Studies on Health and Society*, 18, Linköping, Sweden

Vicarelli, G., Cardano, M., Giarelli, G., Vicarelli, G., Vicarelli, G., Cardano, M., Giarelli, G., Vicarelli, G., Cardano, M., & Giarelli, G. (2020). *Sociologia della salute e della medicina*. il Mulino.

Walker, M., Fredericks, B., Mills, K., & Anderson, D. (2014). “Yarning” as a Method for Community-Based Health Research With Indigenous Women: The Indigenous Women’s Wellness Research Program. *Health Care for Women International*, 35(10), 1216–1226. <https://doi.org/10.1080/07399332.2013.815754>

Zamperini, A. (2007). L’indifferenza. Conformismo del sentire e dissenso emozionale. In *L’indifferenza: conformismo del sentire e dissenso emozionale* (Vol. 374). Einaudi.

SITOGRAFIA:

Indagine Doxa sulla violenza ostetrica condotta da OVO Italia:
<https://ovoitalia.wordpress.com/indagine-doxa-ovoitalia/>
(data dell’ultima consultazione 26/05/2024)

Riassunto campagna “Basta Tacere”:
<https://ovoitalia.wordpress.com/2019/01/>
(data dell’ultima consultazione 26/05/2024)