

Irene Maffi

Introduzione

A sa manière d'accueillir le nouveau-né, une société révèle ses ressorts profonds, sa conscience de la vie" (Gélis 1984, p. 9). Questa breve citazione dello storico francese Jacques Gélis introduce un elemento fondamentale della riflessione che questo numero intende proporre e cioè l'idea che l'evento della nascita, inteso nella sua complessità culturale, sociale, politica e economica, occupi una posizione centrale nel modo in cui una società concepisce e organizza se stessa allo scopo di garantire la propria esistenza e la propria continuità nel tempo. La nascita permette di pensare alle articolazioni tra passato, presente e futuro e al senso attribuito ai processi di dare la vita e venire al mondo. Poiché la nascita è un evento cruciale per i singoli individui così come per tutta la collettività, il modo di definirla e di organizzarla sono altamente significativi di più ampi e articolati arrangiamenti simbolici e pratici (Ginsburg and Rapp 1991). Tali arrangiamenti stabiliscono il ruolo e la funzione di coloro che sono considerati i genitori, lo status e la legittimità dei futuri membri della società, la maniera corretta di accoglierli e di integrarli nella comunità, il ruolo degli esperti che sovrintendono alla nascita, il luogo in cui questa deve avvenire, ecc. Queste tematiche rientrano nei temi identificati da Brigitte Jordan come matrici transculturali in base alle quali è possibile istituire una comparazione tra contesti sociali differenti e che comprendono: le rappresentazioni locali della gravidanza e del parto, le modalità di preparazione alla nascita, le persone che assistono alla nascita e il sistema di sostegno da esse fornito, il territorio della nascita, l'uso di medicinali, la tecnologia della nascita e il luogo del potere decisionale (Jordan 1993). L'analisi sviluppata dagli articoli contenuti in questo volume si iscrive a pieno titolo all'interno dell'antropologia della nascita, una sotto-disciplina nata negli anni Settanta in contemporanea all'emergenza della riflessione femminista, e mira a mettere in luce gli aspetti pragmatici e nello stesso tempo simbolici e politici elaborati e messi in pratica dal sistema biomedico nella gestione della nascita. Gli articoli si concentrano in particolar modo sul periodo della gravidanza e del parto e sono stati scritti da autori di diversa provenienza disciplinare e appartenenti a tradizioni nazionali differenti. Fatto significativo, nessuno di essi è un uomo, poiché, malgrado l'importanza di queste tematiche, la riproduzione, la nascita e la maternità sembra continuino a essere considerate come temi da e di donne. Una delle autrici è un medico che aderisce al movimento di umanizzazione della nascita e che collabora da anni con una

psicopedagogista impegnata nell'ambito della nascita, due articoli sono stati scritti a quattro mani da un'antropologa e da un'ostetrica, uno è stato redatto da una studiosa specialista di sociologia medica e un altro da un'antropologa specialista della nascita che ha lavorato in America centrale. Se la maggior parte dei contributi si concentra sul contesto occidentale è perché il “sistema natale” o ostetrico¹ di quest'area del mondo serve o è servito da modello per i paesi non occidentali, malgrado le variazioni e gli adattamenti cui è andato incontro in ognuno di essi. Utilizzare il termine “sistema natale” indica la natura complessa dell'evento della nascita considerato come un insieme di relazioni, ruoli, luoghi, simboli e eventi che si incrociano e si sovrappongono, producendo configurazioni complesse. Proprio tale complessità ci deve mettere in guardia dal considerare quello che ho definito provvisoriamente il sistema natale occidentale come un'entità coesa e uniforme, poiché, come già mostrato da Jordan alla fine degli anni Settanta, esistono numerosi sistemi in seno al paradigma biomedico che danno luogo a territori e saperi della nascita assai diversi (1993). La nascita è concepita in modo differente non solo da un paese all'altro, ma anche da una regione all'altra o da una categoria di cittadini a un'altra (Knibiehler 2006, Jacques 2007, Lazarus 1988). Se nessuno di questi modelli simbolici e organizzativi prescinde dalle definizioni e dalle tecnologie fondamentali messe a punto dall'ostetricia medica moderna, essi rivelano tuttavia profonde differenze culturali e politiche. Benché le ragioni di queste differenze siano molteplici, le caratteristiche culturali generali, le politiche sanitarie e assistenziali promosse dai singoli stati e gli specifici sistemi giuridici che li caratterizzano contribuiscono senz'altro a spiegare le differenze principali che separano un sistema natale da un altro. Per esempio, per dirlo in modo molto semplificato, se negli Stati Uniti ha prevalso una visione fortemente patologica della nascita, definita come un evento a alto rischio e quindi sottoposto a elevata medicalizzazione, nei Paesi Bassi, la nascita è definita come un evento fisiologico che nella maggior parte dei casi può essere gestito da un'ostetrica all'interno dell'ambiente domestico (Akrich, Bernike 1996). La conseguenza è che negli Stati Uniti le ostetriche indipendenti così come il modello di nascita di cui sono portatrici sono quasi completamente scomparse e il loro ruolo è assai limitato poiché, meno del 10 per cento delle nascite è assistito da un'ostetrica, mentre in Olanda circa il 30 per cento delle nascite avviene ancora a domicilio e la maggior parte delle donne è assistita da un'ostetrica durante la gravidanza (Devries et al 2001). Le politiche sanitarie adottate dai due stati sono state fondamentali nel determinare il modello ostetrico dominante: da una parte, in Olanda le ostetriche sono state considerate come la principale categoria professionale competente nell'ambito della nascita e, non a caso, esse sono ben rappresentate nell'ambito delle autorità sanitarie nazionali; dall'altra, negli Stati Uniti, i medici ostetrici già alla fine del XIX secolo avevano intrapreso una campagna diffamatoria nei confronti delle ostetriche allo scopo di metterle

1 Termine introdotto da Birgitte Jordan nel suo già citato lavoro (1993).

fuori gioco e di impadronirsi del campo della nascita (Wertz, Wertz 1977). Poiché l'establishment medico era ben rappresentato all'interno della compagine governativa, esso riuscì a imporre la propria definizione della nascita e a delimitare il terreno in modo da escludere la concorrenza delle ostetriche che in molti stati furono di fatto messe fuori legge per molto tempo (DeVries 1996). Il sistema giuridico e il sistema assicurativo nordamericano si adeguarono alle nuove definizioni che provenivano da un'unica fonte, i medici, e relegarono tutte le altre definizioni e saperi della nascita nell'illegalità e nell'illegittimità. In Olanda invece le donne con gravidanze e parti fisiologici non vengono rimborsate dal sistema sanitario, se si rivolgono al ginecologo e non all'ostetrica, perché nelle strutture ospedaliere sono accettate solo le donne le cui nascite sono *a rischio*, cioè considerate devianti rispetto agli standard della fisiologia². Quindi, senza voler entrare nel dettaglio, la definizione di ciò che è *normale* e quindi approvato e promosso dalle istituzioni politiche e sanitarie rappresenta non una norma assoluta e universale perché *scientifica*, bensì un adattamento a un sistema socioculturale e a una configurazione di rapporti di potere che possono produrre sistemi natali diversi in cui la "conoscenza autorevole" può essere nelle mani di varie categorie di attori. Con la categoria di sapere autorevole o conoscenza autorevole, Jordan intende "una nozione costruita attraverso l'interazione" il cui valore è assicurato non tanto dalla sua intrinseca correttezza quanto dal fatto di essere "socialmente sanzionata (...) e accettata come fondamento per l'inferenza e per l'azione legittime" (Jordan 1997, pp. 58 e 60). Di fatto, nella quasi totalità dei casi, i medici si sono impadroniti del potere di definire la nascita e delle modalità corrette di gestirla. Benché oggi, come rileva Marilène Vuille nel suo articolo in questo volume, le narrazioni storiche prodotte negli anni Settanta e Ottanta che contrapponevano in modo troppo rigido ostetriche e medici siano state riviste, molti aspetti messi in luce dagli studi compiuti in quel periodo sono ancora di attualità. Mi riferisco in particolare all'accento posto sulle logiche di genere e sulle relazioni di potere che hanno caratterizzato le relazioni tra la corporazione dei medici, esclusivamente maschile o quasi fino alla prima metà del Novecento, e le ostetriche, sottoposte sin dal Rinascimento all'autorità della Chiesa, dello Stato e dei medici. Se è vero che occorre analizzare in modo dettagliato la storia della nascita nei diversi contesti socio-culturali, alcuni tratti sembrano presentarsi in modo ricorrente, anche se declinati in maniera diversa e legati a circostanze storiche specifiche. La dissimetria dei rapporti tra medici uomini e ostetriche donne è uno di questi tratti così come la prossimità dei primi ai centri del potere e della cultura e la distanza delle seconde, in larga parte analfabete e appartenenti ai ceti meno abbienti, dalle autorità politiche e dai luoghi di produzione del sapere. Malgrado la complessità delle relazioni tra ostetriche e medici nei diversi paesi

2 La situazione sta mutando anche in Olanda dove sempre più donne desiderano partorire in ambulatorio per poter usufruire dell'epidurale. Inoltre i medici generalisti stanno combattendo una lotta serrata per ricevere l'autorizzazione governativa allo scopo di seguire le donne in gravidanza, erodendo in tal modo il campo delle ostetriche.

e l'evoluzione delle politiche sanitarie nazionali durante gli ultimi decenni, queste ineguaglianze sono in parte tuttora presenti: in quasi tutti gli stati le donne sono minoritarie all'interno della professione medica e le ostetriche sono ancora quasi solo donne. L'autorità di cui godono gli uni e le altre rivela tuttora una forte asimmetria, poiché il mestiere di ostetrica è stato definitivamente subordinato alla professione medica grazie all'intervento dello stato. Per esempio, sebbene in Francia le ostetriche siano riuscite a ottenere lo statuto di professione medica, le case di maternità gestite in modo autonomo dalle ostetriche non sono ancora state autorizzate, nonostante da anni ci siano dei progetti volti in questa direzione, senza contare che i loro stipendi sono equiparati a quelli delle professioni paramediche (Jacques 2007). La minore considerazione di cui godono le ostetriche si riflette anche nella loro preparazione universitaria che spesso viene organizzata come un cursus di studi di medicina semplificato e adattato alle capacità di studenti meno brillanti.

Umanizzare o medicalizzare la nascita?

In Europa le ostetriche sono state storicamente portatrici di un sapere e di una pratica della nascita differenti rispetto a quelli sviluppati dal sapere medico nel corso dell'epoca moderna (Marland 1993; Marland, Rafferty 1997). Se è vero che in passato la maggior parte di esse non seguiva studi formali e non era in grado di intervenire in caso di gravi patologie della madre o del bambino, fino all'inizio del Ventesimo secolo l'assistenza del medico significava spesso la morte della madre o del bambino, poiché l'interventismo spesso eccessivo degli ostetrici, le ancora scarse conoscenze scientifiche, per esempio riguardo all'asepsi, producevano spesso effetti più negativi che benefici (Arney 1982; Martin 1987; Wertz, Wertz 1977). Solo nei decenni successivi, il progresso tecnologico e scientifico, l'inaugurazione di politiche di assistenza pubblica alla maternità, la progressiva espansione del campo di applicazione della medicina a diversi ambiti sociali, tra cui la nascita, hanno finito per produrre la medicalizzazione definitiva della gravidanza e del parto. Per parafrasare il titolo di un celebre studio, la nascita è diventata allora un affare pubblico, uscendo di fatto dalla sfera familiare di cui aveva fatto parte fino a quel momento (Knibiehler, Héritier 2001). Infatti, ancora durante il periodo tra le due guerre mondiali, benché in molti paesi europei, soprattutto nelle aree urbane, il mestiere di ostetrica si fosse già profondamente modificato a causa della progressiva medicalizzazione della società, le ostetriche restavano ancora il principale punto di riferimento per le donne gravide. I notevoli progressi scientifici e tecnologici della medicina durante la seconda metà del Novecento hanno definitivamente modificato il rapporto con

la nascita, che si è trasformata in un evento a rischio, che necessita una supervisione medica per poter andare a buon fine. Da quel momento la madre e il bambino hanno smesso di essere percepiti come esseri in grado di assolvere alle loro funzioni vitali in modo autonomo: entrambi dovevano essere osservati, controllati e aiutati dai rappresentanti della medicina in quanto unici attori in grado di garantire il buon esito del processo riproduttivo. Questa nuova concezione della nascita ha generato effetti sociali e culturali molto profondi che hanno causato non solo mutamenti istituzionali e economici, ma hanno portato anche all'emergere di una nuova cultura della nascita che ha sostituito e in parte cancellato i saperi e le pratiche precedenti, bollati come arretrati, barbari e dannosi. Le ostetriche che di quel mondo erano le principali rappresentanti sono in parte scomparse e in parte hanno dovuto adattarsi al nuovo sistema natale, modificando in modo profondo le proprie concezioni e la propria pratica (Knibiehler 2006; Marland, Rafferty 1997). La scelta era tra scomparire o accettare di cambiare, un cambiamento spesso degradante poiché ha avuto come effetto la loro subordinazione totale alla corporazione dei medici, ai ritmi disumanizzanti del lavoro ospedaliero e alla svalutazione del loro ruolo. Basta leggere le testimonianze delle ostetriche che conobbero quel periodo di passaggio raccolte da Yvonne Knibiehler per rendersi conto del salto culturale rappresentato dalla medicalizzazione della nascita (2006). Se per alcuni decenni questo processo di progressiva medicalizzazione della nascita non ha incontrato critiche sostanziali, durante gli anni Settanta e Ottanta diversi movimenti nati contemporaneamente in Europa e negli Stati Uniti hanno criticato aspramente idee e pratiche che riducevano le donne a soggetti passivi in balia delle logiche tecnologiche e mediche, espropriandole completamente del loro corpo e dell'esperienza positiva della nascita (Arms 1975; Oakley 1984; Rothman 1982; Scully 1980). Alcuni ginecologi, ostetriche e gruppi di donne hanno allora promosso la riscoperta di un modello alternativo della nascita che mirava a valorizzare le potenzialità del corpo femminile, la naturalità del processo della nascita e un approccio meno tecnologico o per niente tecnologico a essa (Odent 1976; Gaskin 2002). L'eredità di questi movimenti è ben illustrata dagli articoli di questo volume scritti a quattro mani da Davis-Floyd e Davis e da Velto e Maffi. Gli attori che durante gli anni Settanta militarono per un modello di nascita diverso da quello dominante venivano di solito riuniti sotto la bandiera del movimento per l'umanizzazione della nascita, un movimento che rientrava in una tendenza critica più vasta che additava gli effetti negativi del sistema medico promosso dagli stati occidentali (Illich 2005; Zola 1998). Benché questo movimento sia riuscito a suscitare accesi dibattiti, esso non è riuscito però a modificare l'evoluzione inarrestabile verso la piena realizzazione del modello tecnocratico della nascita (Davis-Floyd 1992), cui ha dato un contributo fondamentale l'introduzione dell'analgesia epidurale (Vuille 1998; Akrich 1999). L'elevatissimo tasso di cesarei denunciato in diversi contributi di questo volume, la *funzionalizzazione* della nascita, che oggi può essere programmata a seconda delle esigenze lavorative, sociali, individuali della

coppia, della donna o del medico, la perdita di fiducia nelle capacità del proprio corpo che ogni donna prova durante la gravidanza e il parto, la dipendenza dalle macchine e dalle tecnologie mediche da parte tanto del personale medico quanto delle donne sono solo alcune manifestazioni della cultura tecnocratica della nascita. Categorie come quelle di rischio e di normalità/patologia sono ormai entrate a far parte del nostro modo di pensare, si sono per così dire *naturalizzate*, e non possiamo più fare a meno di sentirci deboli, sofferenti, bisognosi di aiuto durante il processo riproduttivo³. Molte donne ancora prima di essere incinte vanno dal medico per eseguire degli esami genetici e per farsi prescrivere l'acido folico, che, secondo le attuali teorie, contribuisce a diminuire la possibilità di avere un bambino affetto da spina bifida. Tutto viene programmato, dall'inizio della gravidanza al giorno del parto, nell'illusione di poter controllare il processo della vita. Il desiderio di eliminare ogni incertezza, l'esigenza di produrre un bambino perfetto, l'applicazione incondizionata della tecnologia e perfino la volontà di modificare il meno possibile la vita dei futuri genitori portano a delegittimare del tutto le potenzialità fisiche e psichiche della madre e i meccanismi naturali del processo della nascita. Non il corpo materno nella sua interezza né la relazione tra la donna e il bambino nel suo ventre, ma la stretta supervisione e la capacità di intervento della medicina sono considerati come fondamentali per *produrre* il bambino desiderato. I rischi comunemente paventati durante la gravidanza e il parto, che sono il frutto dello sviluppo della cultura ostetrica degli ultimi decenni (Skolbekken 1995), hanno fatto perdere di vista il fatto che il rischio è una categoria costruita così come quella di normalità e di patologia (Beck 2000; Canguilhem 2009; Castel 1983; Douglas, Wildavsky 1982). E' una categoria che varia nel tempo, da una società all'altra e all'interno di questa da un gruppo all'altro, una categoria che esalta arbitrariamente la *pericolosità* di alcuni aspetti della vita di una società e non di altri. Come mostrato in particolare da Mary Douglas, che è stata una delle prime antropologhe a occuparsi del rischio, tale concetto è sempre declinato in relazione all'organizzazione e alla gestione del potere all'interno di una data società in un certo momento storico (Douglas, Wildavsky 1982; Douglas 1992). Tornando alla nascita, la natura culturalmente costruita della categoria di rischio è evidente, se si pensa che molti rischi legati all'uso della tecnologia e di interventi medici durante il parto non vengono percepiti come tali e questo a dispetto degli studi che ne dimostrano la pericolosità (Goer 1995; Regalia, Bestetti in questo volume; Wagner 2000). Lo stesso vale per i test invasivi di diagnostica prenatale come l'amniocentesi, il cui tasso di rischio per il feto è spesso più elevato della possibilità reale che esso sia affetto da gravi anomalie genetiche. Potremmo chiederci perché il modello biomedico si concentri sui rischi derivanti dal processo *naturale* della nascita, tralasciando quasi completamente quelli, spesso ben maggiori, derivanti dall'uso indiscriminato

3 In realtà, soprattutto nel caso delle donne, tutto il periodo della vita fertile ha subito un processo di medicalizzazione sempre più accentuato mirante a controllare il loro corpo (Arney 1982; Knibiehler 1983)

della tecnologia. Penso che la risposta risieda non solo nell'atteggiamento diffuso di esaltazione incondizionata della tecnologia in tutte le sue forme, ma soprattutto nell'uso politico e repressivo della categoria di rischio medico su cui molto è già stato scritto (Castel 1983; Jeudy 1984; Lupton 2003). Senza voler entrare nel dettaglio, mi preme evidenziare il fatto che essa influenza in modo profondo le pratiche della nascita attuali, togliendo di fatto alla donna la possibilità di valorizzare la propria esperienza di gestante e di madre (Regalia, Bestetti in questo volume; Maffi, Veltro in questo volume), un'esperienza di cui la donna stessa ha perso coscienza in nome della sicurezza tecnologica e della modernità scientifica. La promozione di un modello centrato sulla salute psichica e fisica della donna e del bambino e non sulle esigenze del medico o del sistema ospedaliero è uno dei punti principali della battaglia che tutti coloro che sono impegnati per l'umanizzazione della nascita difendono.

E le donne ?

Se oggi in molti paesi coesistono diversi modelli della nascita che di solito fanno riferimento a tre categorie di luoghi: l'ospedale, la casa di maternità e il domicilio, il modello medicalizzato è dominante ovunque, anche se in proporzioni variabili a seconda degli stati. Le ostetriche sono divise al loro interno: molte si sono adeguate al sistema tecnocratico e non sono più portatrici di una cultura diversa da quella del resto dell'establishment medico (Jacques 2007). Altre hanno continuato la loro sorda resistenza in vari modi, anche se solo le più coraggiose, autonome e forti possono permettersi il lusso di uscire dagli schemi della cultura della nascita ufficiale (Davis-Floyd et al. 2006). Anche tra i medici esistono culture diverse della nascita, come il saggio di Regalia e Bestetti contenuto in questo volume illustra chiaramente. Tuttavia i ginecologi restano in maggioranza ancorati al modello tecnocratico della nascita non solo perché è il solo che conoscono, ma anche perché si sentono rassicurati da esso (Wagner 2006). La cultura *industriale*, promossa dalle autorità sanitarie e entrata a far parte delle rappresentazioni condivise della nascita, è stata assimilata dalla maggior parte delle donne che, spesso totalmente ignoranti delle alternative possibili, non si pongono neppure il problema di seguire un'altra strada rispetto a quella già tracciata e fortemente raccomandata (Odent 2004). La maggioranza non ha dubbi che quanto viene loro proposto sia la migliore strada possibile, anche perché la tecnologia e la scienza continuano a essere percepite come positive, almeno nell'ambito della nascita (Vuille in questo volume). L'onda critica degli anni Settanta e Ottanta non è riuscita infatti a provocare una trasformazione delle pratiche tecnocratiche e delle idee a esse legate, se non in minima parte come illustrato da numerosi studi (Colombo, Pizzini, Regalia 1988; Davis-Floyd 1992; Wagner

2006)⁴. Molte donne quindi hanno assimilato in modo totale la cultura tecnocratica della nascita come emerge dagli scambi tra le internaute riportati da Regalia e Bestetti nel loro contributo a questo numero. Ottenere un cesareo programmato e farsi fare l'epidurale è percepito dalle donne come un diritto che come tale deve essere garantito a ogni persona che lo desideri. Anche coloro che non sono troppo spaventate dalla gravidanza e dal parto hanno difficoltà a distaccarsi dal modello dominante, perché l'ambiente intorno a loro non glielo permette: la famiglia e gli amici scoraggiano una donna che cerchi un modello alternativo alla nascita ospedaliera e all'assistenza di un medico durante la gravidanza. Spesso il padre del bambino è più spaventato della madre e tende a fare pressione su quest'ultima perché scelga il parto ospedaliero. La maggior parte dei ginecologi propongono come unico modello legittimo la cultura tecnocratica della nascita e scoraggiano in modo molto deciso modelli umanizzati e centrati sulla donna. La posta in gioco non è solo l'autorevolezza del sapere medico, ma anche il potere politico e economico che ne derivano. Nella Svizzera francese per esempio, alcuni ginecologi privati conducono una sorta di guerra alle istituzioni che propongono il parto in casa di maternità o a domicilio⁵. Come illustrato da Marsden Wagner, la quasi totalità dei ginecologi ignorano gli studi effettuati sui parti a domicilio o in casa di maternità, che provano la loro totale se non maggiore sicurezza in situazioni fisiologiche, e non hanno mai assistito a un parto a casa (Wagner 2000)⁶. Le donne che scelgono un percorso *alternativo* rispetto a quello ufficiale devono far prova di iniziativa e volontà per poter accedere a un modello della nascita diverso e farlo accettare al proprio partner e alla propria famiglia. In numerosi paesi esistono delle associazioni di genitori che sostengono il parto a casa e cercano di promuoverlo, ma il loro ruolo resta marginale. In alcuni paesi come gli Stati Uniti, alcuni stati e l'Associazione dei medici americani osteggiano severamente le pratiche alternative a quelle dominanti, giungendo a punire severamente coloro che non si adeguano (DeVries 1996). Anche se negli ultimi decenni le cose sono cambiate, in molti paesi le donne hanno difficilmente accesso a modelli umanizzati della nascita, perché le istituzioni maggioritarie non le propongono e di conseguenza si rivelano economicamente proibitivi o di difficile accesso. Non c'è quindi da stupirsi se, per nulla o male informate, le donne accettano e anzi ricercano il modello tecnocratico della nascita, poiché esso appare loro come l'unico possibile e soprattutto *sicuro*⁷. Le donne o le coppie che vanno alla ricerca di un modello meno tecnocratico sono di solito coloro che non condividono la

4 Esistono grandi variazioni tra un paese e l'altro che naturalmente non posso descrivere nel dettaglio in questa breve introduzione.

5 Intervista dell'autrice con N. P., Profa, Losanna, marzo 2010.

6 Si veda anche il film documentario girato da Ricki Lake e Abby Epstein *The Business of Being Born*, girato negli Stati Uniti nel 2007 (<http://www.thebusinessofbeingborn.com>)

7 Il tema della sicurezza è uno degli argomenti centrali utilizzati dal paradigma tecnocratico per affermare la propria autorevolezza. Esso risulta molto efficace, perché fa leva sulle insicurezze e sulle paure che caratterizzano l'esperienza della gravidanza di molte donne di oggi, cresciute con un sentimento di sfiducia nelle proprie potenzialità psicofisiche.

medicalizzazione della vita cui siamo sottoposti nelle nostre società e che fanno ricorso a medicine diverse dalla biomedicina, consumano alimenti biologici, hanno un'attenzione speciale per l'ecologia e le tematiche a essa connesse. Il modello umanizzato della nascita è quindi spesso riservato a una categoria ristretta di persone con un livello culturale medio-alto, che appartiene spesso a un ceto privilegiato e ha fatto delle scelte di vita in opposizione rispetto alla maggioranza dei cittadini. La nascita umanizzata tende perciò a trasformarsi in una forma di consumo culturale per pochi privilegiati che hanno le risorse simboliche e materiali necessarie per accedervi.

La situazione è assai diversa in molti paesi non occidentali dove modelli natali locali coesistono con quello biomedico promosso dallo stato centrale. Il saggio di Patrizia Quattrocchi in questo volume offre una ricca testimonianza sulla capacità delle donne maya, ostetriche e madri, di una comunità dello Yucatan di mantenere le pratiche della nascita locali di fronte alla penetrazione delle istituzioni biomediche. Le idee e le pratiche della nascita locali offrono loro uno strumento per resistere alle forze spesso distruttive di carattere nazionale e globale, mantenendo un'identità culturale e individuale forte che si traduce in primo luogo nella gestione autonoma del proprio corpo e delle sue capacità riproduttive. Il modello biomedico non riesce a imporsi in modo totalizzante, ma viene anzi criticato e in parte rifiutato in nome di un sapere, di pratiche e di relazioni sociali di cui l'establishment medico è spesso ignaro o cui riserva un'attitudine sprezzante.

Conclusioni

In conclusione, questo volume intende da una parte dare visibilità a un ramo dell'antropologia poco conosciuto e valorizzato, dall'altra riattualizzare il dibattito sulla cultura della nascita in un clima che sembra oggi poco propenso a riprendere il discorso avviato negli anni Settanta, poiché la legittimità della tecnologia e della scienza sembra in questo campo indiscussa. Lo sviluppo delle tecnologie per la riproduzione assistita e l'interesse da esse suscitato all'interno della disciplina non hanno contribuito a alimentare il dibattito sulle pratiche ordinarie della nascita, benché, almeno per ora, esse riguardino la maggior parte dei cittadini degli stati contemporanei. Se gli stati occidentali tendono verso la realizzazione completa del paradigma tecnocratico della nascita, solo alcuni paesi come, per esempio, quelli scandinavi sembrano resistere al canto delle sirene di questo modello. In altri stati, come la Gran Bretagna, preoccupazioni di ordine economico legate agli alti costi del sistema sanitario nazionale e un notevole dinamismo delle istituzioni sanitarie hanno

creato una sorta di movimento di ritorno verso un sistema natale maggiormente centrato sulla donna, sulla continuità del rapporto tra ostetrica e madre, sulla diminuzione degli interventi tecnologici, costosi e spesso dannosi. Molti stati non occidentali, pur tendendo verso il modello tecnocratico, considerato come il più moderno e positivo, riescono a realizzarlo solo in parte a causa delle scarse risorse economiche e umane a loro disposizione. Gli effetti catastrofici della sua applicazione parziale sono tuttavia stati messi in luce da diversi studi che ne mostrano i lati più deleteri (Davis-Floyd, Sargent 1997; Gammeltoft 2007; Jaffré, Olivier de Sardan 2003). Malgrado questi studi, l'Organizzazione mondiale della sanità continua a proporre in modo poco critico il modello ostetrico biomedico e un modello di assistenza alle donne che non mira tanto a combattere le cause reali dell'alta mortalità materna e infantile nei paesi poveri⁸ quanto a proporre il paradigma biomedico come il migliore e il più adeguato. Tuttavia, l'esportazione della tecnologia ostetrica non è di per sé un fatto positivo (Jordan 1993; Pigg 1997; Quattrocchi in questo volume, Maffi 2011), poiché l'uso che di essa viene fatto nei contesti locali produce spesso effetti negativi e imprevisi. Basti pensare agli effetti dell'esportazione dell'ecografia e delle tecniche di aborto terapeutico di cui in India, Corea, Cina e Caucaso si fa largo uso, provocando conseguenze oggi difficilmente prevedibili a causa della sproporzione tra bambini e bambine nati negli ultimi decenni (Pison 2004; Vella 2003) o alle politiche di sterilizzazione forzata praticate da alcuni governi durante i decenni passati (Barthélemy 2004).

8 Queste cause sono legate alla povertà, alla malnutrizione, alla violenza, all'elevata parità, alle gravidanze precoci e alla mancanza di igiene e di acqua potabile più che alla reale necessità di interventi ostetrici durante la gravidanza e il parto.

Bibliografia

- Akrich, M., 1999, *La péridurale, un choix douloureux*, "Cahiers du Genre", n. 25, pp. 17-31
<http://hal.archives-ouvertes.fr/docs/00/08/20/60/PDF/99peridurale.pdf>
- Akrich, M., Bernike, P., 1996, *Comment la naissance vient aux femmes. Les techniques de l'accouchement en France et aux Pays-Bas*, Paris, Les empêcheurs de penser en rond.
- Arms, S., 1975, *Immaculate Deception: a new look at women and Childbirth in America*, Boston, Houghton Mifflin.
- Arney, W., 1982, *Power and the Profession of Obstetrics*, Chicago, University of Chicago Press.
- Barthélemy, F., 2004, *Stérilisation forcée des femmes indiennes au Pérou*, "Le Monde diplomatique", maggio, pp. 14-15.
- Beck, U., 2000, *La società del rischio. Verso una seconda modernizzazione*, Roma, Carocci.
- Caplan, P., 2000, *Risk Revisited*, London, Pluto Press.
- Canguilhem, G., 2009, *Le normal et le pathologique*, Paris, PUF.
- Castel, R., 1983, *De la dangerosité au risque*, "Actes de la recherche en sciences sociales", vol. 47, n. 1, pp. 119-127.
- Colombo, G., Pizzini, F., Regalia, A., 1988, *Mettere al mondo. La produzione sociale del parto*, Milano, Franco Angeli.
- Davis-Floyd, R. E., 1992, *Birth as an American Rite of Passage*, Berkeley e Los Angeles, University of California Press.
- Davis-Floyd, R. E., Sargent, C. F., a cura, 1997, *Childbirth and Authoritative Knowledge. Cross-cultural Perspectives*, Berkeley e Los Angeles, University of California Press.
- Davis-Floyd, R. E., Johnson C. B., a cura, 2006, *Mainstreaming Midwives: the Politics of Change*, London e New York, Routledge.
- Devries, R. G., 1996, *Making Midwives Legal. Childbirth, Medicine, and the Law*, Columbus, Ohio State University Press.
- Devries, R., Benoit, C., Van Teijlingen, E. R., Wrede, S., a cura, 2001, *Birth by Design. Pregnancy, Maternity Care and Midwifery in North America and Europe*, New York e London, Routledge.
- Douglas, M., Wildawsky, A., 1982, *Risk and Culture*, Berkeley e Los Angeles, University of California Press.
- Douglas, M., 1992, *Risk and Blame: Essays in Cultural Theory*, London e New York, Routledge; trad. it. 1996, *Rischio e colpa*, Bologna, Il Mulino.
- Gammeltoft, T., 2007, *Prenatal screening in post-war Vietnam. Power, Subjectivity, and Citizenship*, "American Anthropologist", vol. 109, n. 1, pp. 153-163.
- Gaskin, I., M., 2002, *Spiritual Midwifery*, Summertown TN, Book Publishing Company.
- Gélis, J., 1988, *La sage-femme ou le médecin. Une nouvelle conception de*

la vie, Paris, Fayard.

Ginsburg, F., R. Rapp, a cura, 1991, *Conceiving the New World Order. The Global Politics of Reproduction*, Berkeley e Los Angeles, University of California Press.

Goer, E., 1995, *Obstetric Myths versus Research Realities: a Guide to the Medical Literature*, Santa Barbara CA, Praeger.

Illich, I., 1975, *Némesis médicale*, Paris, Seuil; trad. it., 2005, *Nemesi medica. L'espropriazione della salute*, Milano, Boroli Editore.

Jaffré, Y., Olivier de Sardan, J-P., a cura, 2003, *Une médecine inhospitalière. Les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest*, Paris, APAD, Karthala.

Jacques, S., 2007, *Sociologie de l'accouchement*, Paris, Presses Universitaires de France

Jeudi, J-P., 1984, *Pour une critique de la notion de risque*, "Actes de la recherche en sciences sociales", vol. 16, n. 3, pp. 57-69.

Jordan, B., 1993, *Birth in Four Cultures. A Crosscultural Investigation of Childbirth in Yucatan, Holland, Sweden, and the United-States*, Long Grove, Waveland Press, Inc.

Jordan, B., 1997, "Authoritative knowledge and its construction", in R. E. Davis-Floyd, C. F. Sargent, a cura, *Childbirth and Authoritative Knowledge. Cross-cultural Perspectives*, Berkeley e Los Angeles, University of California Press, pp. 55-79.

Knibiehler, Y., 1983, *La femme et les médecins. Analyse historique*, Paris, Hachette.

Knibiehler, Y., 2007, *Femmes, sages-femmes et médecins depuis le milieu du XXe siècle*, Rennes, ENSP.

Knibiehler, Y., Héritier, F., a cura, 2001, *Maternité, affaire privée, affaire publique*, Paris, Bayard.

Lazarus, E. S., 1988, *Theoretical Considerations for the Study of the Doctor-Patient Relationship: Implications of a Perinatal Study*, "Medical Anthropology Quarterly", vol. 2 (1), pp. 34-58.

L'éthique médicale dans les pays en voie de développement, n. 28, Paris, Editions de l'Aube, IRD (http://horizon.documentation.ird.fr/exl-doc/pleins_textes/autrepart2/010032665.pdf)

Lupton, D., 2007, *Risk*, London e New York, Routledge; trad. it. 2003, *Il rischio. Percezione, simboli, culture*, Bologna, Il Mulino.

Maffi, I., 2011, *Women, Health and the State in the Middle East: The Politics and Culture of Childbirth in Jordan*, London, IB Tauris.

Marland, H., 1993, *The Art of Midwifery. Early Modern Midwives in Europe*, London e New York, Routledge.

Marland, H., Rafferty, A. M., a cura, 1997, *Midwives, Society and Childbirth. Debates and Controversies in the Modern Period*, London e New York, Routledge.

Martin, E., 1987, *The Woman in the Body. A Cultural Analysis of Reproduction*, Boston, Beacon Press.

Oakley, A., 1984, *The Captured Womb. A History of Medical Care of Pregnant Women*, Oxford, Basic Blackwell.

Odent, M., 1976, *Bien naître*, Paris, Seuil.

Odent, 2004, *Le fermier et l'accoucheur. L'industrialisation de l'agriculture et de l'accouchement*, Médecis; trad. it., 2006, *L'agricoltore e il ginecologo. L'industrializzazione della nascita*, Torino, Il Leone Verde

Pigg, S. L., 1997, "Authority in Translation: Finding, Knowing, Naming and Training "Traditional Birth Attendants"", in R. E. Davis-Floyd, C. F. Sargent, a cura, *Childbirth and Authoritative Knowledge. Cross-cultural Perspectives*, Berkeley e Los Angeles, University of California Press, pp. 233-262.

Pison, G., 2004, *Moins de naissances mais un garçon à tout prix: l'avortement sélectif des filles en Asie*, "Population et sociétés", n. 404, pp. 1-4.

Rothman, B., 1982, *In Labor. Women and Power in the Birthplace*, New York and London, W. W. Norton & Co.

Skolbekken, J.-A., 1995, *The Risk Epidemic in Medical Journals*, "Social Science and Medicine", Vol. 40, n. 3, pp. 291-305.

Scully, D., 1980, *Men who Control Women's Health*, Boston, Houghton Mifflin.

Vella, F., 2003, "Ethique et pratiques reproductives: les techniques de sélection sexuelle en Inde", in *L'éthique médicale dans les pays en voie de développement*, n. 28, Paris: Editions de l'Aube, IRD, pp. 147-164.

Vuille, M., 1998, *Accouchement et douleur. Une étude sociologique*, Lausanne: Editions Antipodes.

Zola, I. K., 1998, "Medicine as an institution of social control" in L. Mackay, K. Soothill, Melia K., *Classic Texts in Health Care*, Oxford, Boston, Johannesburg, Butterworth Heinemann, pp. 237-240.

Wagner, M., 2000, *Fish can't see water. The need to humanize birth*, paper presented at the Homebirth Australia Conference, Noosa, Australia (<http://www.birthinternational.com/articles/wagner03.html>).

Wagner, M., 2006, *Born in the USA. How a Broken Maternity System Must Be Fixed to Put Mothers and Infants First*, Berkely and Los Angeles: University of California Press.

Wertz, R. W., Wertz, D. C., 1977, *Lying-In. A History of Childbirth in America*, New York: The Free Press.