

Marilène Vuille

Demedicalizzare la nascita? Considerazioni storico-sociali su un'espressione polisemica

In Europa a partire dal 1970 l'ospedalizzazione del parto è stata oggetto di critiche spesso riassunte dall'espressione "medicalizzazione della nascita". Quest'espressione, da allora continuamente reiterata, usata nelle opere per il grande pubblico e nei media, sembra così intuitiva da non aver bisogno di essere definita.

Oggi a quest'espressione viene frequentemente aggiunto un prefisso che accresce il carattere negativo della critica: *sovramedicalizzazione* o *ipermedicalizzazione*. I discorsi e i testi in cui appaiono queste espressioni non forniscono alcun indicatore che permetta di distinguere tra gli atti e le procedure che corrisponderebbero a una medicalizzazione "normale" e quelli che rappresenterebbero una medicalizzazione "eccessiva" (*sovra* o *iper*) del parto. Benché la loro definizione resti implicita, questi due termini si riferiscono soprattutto, e sempre con una connotazione negativa, a due ordini di fenomeni.

Talvolta la critica è rivolta all'universo ospedaliero stesso -spesso definito "fabbrica di bebè", soprattutto qualora si tratti di un centro ospedaliero universitario o di un grande centro ospedaliero regionale- e l'assenza di personalizzazione nell'accoglienza delle donne incinte. Le procedure appaiono fredde, l'universo ospedaliero ostile e le critiche mirano a ottenere una ri-umanizzazione della nascita, se possibile sottraendola al contesto ospedaliero oppure modificando i protocolli e lo spazio fisico in modo da renderlo meno anonimo. Altre volte sono gli interventi medici a essere criticati, sia nel caso in cui venga contestata la loro utilità (per esempio, il monitoraggio continuo, l'applicazione di un elettrodo sul cranio del feto), sia nel caso in cui il loro numero sia giudicato eccessivo. Così molto spesso le ostetriche indipendenti ricorrono all'espressione *ipermedicalizzazione* del parto per stigmatizzare il tasso di epidurali e di cesarei ai loro occhi troppo elevato.

Se la medicalizzazione della nascita è un problema, sarebbe logicamente desiderabile *demedicalizzarla* almeno in parte. In quale modo, con quali mezzi e con quali risultati? Queste sono le domande cruciali cui è difficile rispondere senza definire il più precisamente possibile la natura dei problemi. Questo ci

costringe a descrivere i processi designati attraverso i termini di medicalizzazione e demedicalizzazione.

Senza essere definita, la nozione di medicalizzazione viene molto usata nelle arene di discussione sulla nascita e su altri fenomeni che riguardano il corpo e la salute, così come appare molto frequentemente nella letteratura scientifica dove coesistono diverse definizioni che addirittura conducono la loro esistenza in parallelo e ignorandosi reciprocamente. Presento qui di seguito alcune delle definizioni più classiche provenienti dalle discipline storiche e sociologiche con la finalità di discutere la loro pertinenza e le prospettive che aprono nell'ambito della nascita.

Il concetto di medicalizzazione in storia

In Francia dal 1970 la nozione di medicalizzazione viene introdotta nell'analisi degli storici inizialmente in un'accezione demografica, vale a dire intendendo con essa l'aumento della densità medica o, detto in altri termini, l'incremento della proporzione ottenuta dal numero di medici rapportato al numero di abitanti all'interno di un dato territorio. Gli storici Jean-Pierre Goubert et Jacques Léonard estendono l'uso di questa nozione: con il termine medicalizzazione designano l'accesso di una parte crescente della popolazione francese alla medicina ufficiale per tutti gli eventi riguardanti la salute. Essi interpretano questo fenomeno, iniziato nella seconda metà del XVIII secolo, come un processo di lunga durata che dipende contemporaneamente da fattori d'ordine professionale, scientifico, tecnico e socio-culturale.

In questo senso la medicalizzazione è in qualche modo un corollario della professionalizzazione dei medici, cioè del loro accesso allo statuto di *professione*¹. Léonard (1981) e Goubert (1982) infatti mettono in evidenza l'ascesa al potere del gruppo dei medici che, allacciando delle alleanze con i poteri pubblici, giocando un ruolo crescente nella vita politica, acquisisce un grande prestigio sociale e riesce a imporre un sapere specifico sul corpo e sulla salute, in un primo momento tra i ceti sociali agiati urbani, in seguito, non senza suscitare delle resistenze, nel mondo rurale.

1 Nella sua definizione sociologica attuale, lo statuto di professione “implica sempre una formazione intellettuale specializzata e il riconoscimento legale di una associazione che rilascia le autorizzazioni di esercitare” (Dubar, Tripier 1998, pp. 76-77). Secondo Hughes (1958), una professione può essere ritenuta consolidata non solo quando ottiene un'autorizzazione legale di esercitare in un ambito particolare (per esempio la salute e la malattia), ma anche quando è considerata legittima la sua pretesa di definire la natura di questo ambito e il modo di concepirlo. Freidson (1970) ritiene che l'elemento chiave dello statuto professionale sia l'autonomia, la quale risiede innanzitutto nel fatto di potere valutare e controllare l'aspetto tecnico del proprio lavoro. Per una storia del concetto di professione nella storia della medicina, si veda Burnham 1998.

Sulla linea di questi lavori, Gélis, Laget e Morel (1978) rivelano la “confisca” del parto e delle cure ai bambini da parte dei medici. La nascita e la prima infanzia sarebbero state strappate a un mondo quasi esclusivamente femminile, rurale, comunitario e caloroso, per passare sotto il controllo di un mondo maschile, urbano, tecnico e freddo. Questo trasferimento avrebbe certamente permesso di salvare molte vite di madri e bambini, ma al prezzo di una depersonalizzazione della cura e di uno spodestamento delle donne.

Il sapere tradizionale, privilegio delle donne, è svalutato e a poco a poco dimenticato. Il padre e la madre in ogni momento difficile si affidano al medico e questo ricorso è immediato non appena il bambino non è più in perfetta salute. Si vogliono convincere i genitori, senza però sempre riuscirci, poiché le pratiche tradizionali sopravvivono, che le levatrici, le comari, i guaritori e altri mediconi sono solo dei ciarlatani senza efficacia ma non senza pericolo, poiché rifiutano di far ricorso alle risorse dell'arte medica quando è necessario. Con l'appoggio di tutti i poteri, il medico ha cominciato a mettere ordine nella Francia provinciale. Le madri e i figli in giovane età ci hanno guadagnato una maggiore speranza di vita, benché siano sempre più dipendenti dal medico.

Ma questa sicurezza materiale, questa salvaguardia non è stata acquisita a scapito di una sicurezza morale, di un equilibrio psichico di cui la cerchia di un tempo si occupava più di quanto non si possa immaginare? A una terapeutica facile, proveniente dall'ambiente circostante e talvolta semplicistica, ambigua, illusoria ma rassicurante, si sostituisce il rigore scientifico, frutto di un sistema elaborato altrove e di una fredda efficacia. (Gélis, Laget, Morel 1978, pp. 231-232)

D'altra parte, Michel Foucault introduce la nozione di “medicalizzazione dell'ospedale”, con la quale designa l'incontro tra l'ospedale e la medicina. Partendo dalla constatazione che questi due mondi restano separati fino a metà del XVIII secolo, lo storico e filosofo si interroga sulle ragioni e sulla maniera in cui si produce il loro avvicinamento. Sviluppa l'idea che è “l'introduzione di meccanismi disciplinari nello spazio disordinato dell'ospedale” che “avrebbe permesso la sua medicalizzazione” (Foucault 1988, p. 37). Mostra come la disciplina interviene dapprima negli ospedali marittimi e militari allo scopo di contrastare il disordine economico che vi regna. Nei primi, in particolare nei grandi ospedali marittimi di Londra, Marsiglia o La Rochelle, il disordine si caratterizza soprattutto per la sottrazione di mercanzie alla dogana, poiché i trafficanti fingono, al loro sbarco, di essere malati e sono condotti all'ospedale dove sfuggono ai controlli delle autorità fiscali. Quanto agli ospedali militari, essi testimoniano una mortalità considerevole, così come numerose diserzioni che diventano troppo costose per gli eserciti nel momento in cui il prezzo di un soldato aumenta (in particolare a causa della formazione più tecnica del mestiere). Quindi sono introdotti dei meccanismi disciplinari, dove per disciplina si intende “una

tecnica di esercizio del potere” (id. p. 35) “che implica una sorveglianza costante e perpetua degli individui” (id. p. 36). Il controllo disciplinare degli ospedali permette di contrastare il disordine economico e al tempo stesso di evitare la diffusione delle malattie in un contesto in cui aumenta il valore attribuito all'individuo. Se questa disciplina acquisisce un carattere medico, è grazie alla trasformazione della medicina che nel XVIII secolo diventa una medicina dell'ambiente (secondo cui la malattia è spiegata attraverso l'azione dell'ambiente sull'organismo degli individui). L'organizzazione dello spazio ospedaliero diventa allora una questione cruciale, in quanto lo spazio acquisisce in un certo senso una funzione terapeutica.

Questa analisi di Foucault della medicalizzazione dell'ospedale si situa in linea con i suoi precedenti lavori fra cui *Sorvegliare e Punire* (1975) dove aveva descritto le discipline come dei meccanismi d'oggettivazione che permettono di accrescere le conoscenze (mediche, pedagogiche, del lavoro umano...) e al tempo stesso il potere di assoggettamento degli individui, in un processo ricorsivo (Foucault 1975, parte III). Nello stesso anno appariva l'opera ormai classica *Medical nemesis: the expropriation of health* di Ivan Illich. Quest'ultimo denuncia “la colonizzazione medica della vita quotidiana”, la “medicalizzazione della vita” e “l'invasione farmaceutica” (Illich, 1975, p. 9) che minacciano la salute con una “iatrogenesi” clinica (produzione di effetti secondari indesiderabili attraverso la terapeutica), sociale (produzione di una società morbosa) e strutturale (regressione del potere d'adattamento e di recupero autonomo degli individui).

Queste opere vengono pubblicate in un contesto di critica dei poteri stabiliti (potere del padronato, ma anche potere patriarcale, potere medico) ed esercitano un'influenza considerevole sui lavori successivi. Durante il decennio che segue la loro pubblicazione, numerosi autori denunciano gli aspetti negativi dell'espansione della medicina. La medicalizzazione, analizzata come imposizione egemonica della medicina delle élite a scapito delle credenze e delle abitudini popolari, appare come un'impresa normativa, se non addirittura totalitaria. I lavori storici mettono l'accento sul “controllo sociale, la colonizzazione medica, la disciplina e il suo ruolo nel controllo dei corpi” (Bourdelaïs 1997, p. 25). Olivier Faure definisce leggenda nera quest'interpretazione molto negativa della medicalizzazione che tende a cancellare i progressi sanitari apportati dalla medicina moderna e a attribuire alla medicina tradizionale tutte le virtù, “a rischio di dimenticarne la durezza e l'inefficacia intrinseca” (Faure 1998, p. 56). Il celebre libello di Barbara Ehrenreich et Deirdre English, *Witches, midwives, and nurses : a history of women healers* (1972), tradotto in italiano con il titolo non meno eloquente di *Le streghe siamo noi : il ruolo della medicina nella repressione della donna* (1975), si ricollega proprio a questa leggenda nera.

A questa visione cupa fa da contrappunto quella che Faure chiama la leggenda rosa della medicalizzazione. Questa visione trasparirebbe da una storia della medicina scritta per lo più da medici. Essa descrive i medici come

degli eroi disinteressati che lottano contro la malattia e contro l'oscurantismo per il benessere di un popolo impantanato nell'ignoranza e in pericolosi pregiudizi. Questa lettura trionfalistica si applica ugualmente all'ospedale descritto come un ospizio dove si ammassavano degli infelici nella sporcizia e insalubrità, prima che i medici vi entrassero per portare ordine, pulizia ed efficacia (Faure 1998, p. 60).

Queste leggende hanno ormai in parte ceduto il passo agli approfonditi studi storici locali che mostrano la complessità del processo di medicalizzazione, la cui cronologia e geografia si rivelano assai diversificati. Soprattutto, i medici non sono più presentati come i soli e unici attori della medicalizzazione, sia che se ne faccia degli eroi salvatori o al contrario degli strateghi offensivi mossi da una "volontà di potere" e dagli interessi economici ben maggiori della preoccupazione per il bene altrui. Viene esaminato dagli storici anche il ruolo dei "medicalizzati" nel processo, o in altri termini, la questione della domanda sociale della salute. Risulta così che l'affermazione dei medici, nel XIX secolo, non è avvenuta a discapito di ciarlatani, guaritori, o religiose, ma che queste due forme di offerta di cura si sono sviluppate parallelamente. Se ne deduce che i bisogni di cura sono più ampi di quello che la medicina può offrire (Faure 1988, p. 63). Nell'ambito della nascita, Gélis mette anche in risalto che la volontà di curarsi, di salvare la vita delle madri e dei neonati, penetra nel corpo sociale nel corso del XVII secolo e che a lungo gli esperti sono stati incapaci di rispondere a questa esigenza, perché è solo a partire dal 1730 che la competenza dei chirurghi migliora in modo considerevole (Gélis 1988, p. 464).

Se le tappe e gli sviluppi della medicalizzazione sono oggi l'oggetto di analisi storiche meno unilaterali, più sfumate e complesse rispetto agli anni 1970 e 1980, dall'altro lato il concetto ha perso in chiarezza per diventare una nozione onnicomprensiva, così come viene deplorato da Donzé:

Molti processi diversi sono stati designati dagli storici con il termine medicalizzazione. Si tratta per esempio di innovazioni tecniche (anestesia, asepsi, batteriologia, genetica, ecc.), della professionalizzazione di alcune funzioni curanti (medici, personale infermieristico, ostetriche, ecc.), di riorganizzazioni istituzionali (come la separazione dei malati e degli anziani negli ospedali) o del cambiamento di atteggiamento della popolazione (come il ricorso alle cure ospedaliere), tutti elementi che hanno trasformato la pratica della medicina e del consumo di cure. Così si può parlare di medicalizzazione tanto nel caso dello spazio crescente che occupa il corpo medico in certi ospedali urbani del XVI secolo, quanto nel caso delle preoccupazioni igieniste che emergono alla fine del XVIII secolo, o in quello della razionalizzazione dell'organizzazione ospedaliera durante il periodo tra le due guerre. (Donzé 2007, p. 3)

Questa fondata critica della polisemia concettuale dovrebbe incitare i ricercatori a definire precisamente il termine di medicalizzazione nel contesto della sua enunciazione e, all'occorrenza, a ricorrere a termini più specifici (come professionalizzazione, patologizzazione, innovazione tecnica o ancora consumerismo medico o farmaceutico)- ugualmente da definire naturalmente. I processi suscettibili di essere inclusi in queste definizioni hanno degli sviluppi sufficientemente differenziati da poter diventare l'oggetto di analisi distinte e approfondite, piuttosto che essere chiusi e archiviati nel termine "medicalizzazione" senza specificazione.

Al di là delle imprecisioni terminologiche, resta il fatto che, nel rivolgere lo sguardo agli ultimi tre secoli e addirittura a questi ultimi decenni, non si può evitare di riconoscere il movimento di fondo, la grande ondata di trasformazione delle cure, del rapporto col corpo, con la salute e con la vita, concomitante con la costituzione della professionalizzazione della medicina. Sembra quindi che la storia non possa fare a meno della "nozione centrale della medicalizzazione" per designare "il ricorso sempre più esclusivo ai professionisti e la conversione alle norme della medicina ufficiale per tutto quello che riguarda la salute e il corpo" (Faure 1988, p. 63). L'ambito della nascita è uno di quelli in cui questo processo è più evidente e più riuscito.

Il concetto di medicalizzazione in sociologia

In sociologia il concetto di medicalizzazione è intimamente legato a quello di controllo sociale. Quest'ultimo è utilizzato per la prima volta a cavallo tra il XIX e XX secolo per descrivere, in senso lato, i processi sviluppati dalle società per autoregolarsi. A partire dalla metà del XX secolo, il significato si restringe e il concetto viene utilizzato soprattutto per designare i mezzi a cui ricorre una società per controllare la devianza e assicurare la conformità. Il massimo potere di controllo sociale deriva dalla capacità di definire dei comportamenti, delle persone e delle cose. I rappresentanti delle istituzioni (stato, chiesa, ecc.), che detengono questo potere, sono autorizzati a definire un problema qualunque (per esempio in termini di devianza) e a indicare la maniera di trattarlo (Conrad, Schneider 1992, pp. 7-9).

Talcott Parsons, uno dei pionieri della sociologia della medicina, aveva notato all'inizio degli anni '50 che, da un punto di vista sociale, la salute può essere definita come lo stato di capacità ottimale affinché l'individuo adempia i ruoli e i compiti che gli incombono (soprattutto nelle società industriali moderne dove gli individui sono definiti come dei produttori). Partendo da questa definizione, la malattia può essere legittimamente considerata come una forma di devianza. Il sociologo americano introduce allora la nozione di "ruolo del malato", che implica delle esenzioni dalle responsabilità abituali, ma anche dei doveri, tra cui

quello di fare in modo di stare meglio (Parsons 1958). La malattia non si riduce dunque a un problema organico, ma rappresenta una forma di devianza che i medici sono abilitati a controllare, ovvero a trattare in modo da risolvere contemporaneamente il disordine organico e il disordine sociale.

Il termine “medicalizzazione della devianza” appare dal 1968 nello studio del sociologo Jesse Pitts². La medicalizzazione consiste nel fatto che un numero crescente di comportamenti devianti cominciano a essere definiti come problemi medici, passando sotto la competenza dell'istituzione medica e dei suoi rappresentanti. Il controllo sociale di questi comportamenti diventa medico, mentre prima non lo era. Classificati dapprima nella categoria “*badness*” (nella categoria del “peccato” o del “crimine”), essi entrano ormai in quella di “*sickness*” (malattia) (Conrad, Schneider 1992). L'alcolismo ne è un esempio eloquente: da una cattiva abitudine di vita, fortemente stigmatizzante per coloro che vi si abbandonano, diventa una sindrome che necessita di una sorveglianza medica specifica. Un altro esempio è dato dall'iperattività, disturbo medico sempre più spesso diagnosticato ai bambini, quando i genitori o gli istitutori non riescono a rimediare a comportamenti che una volta sarebbero stati qualificati come turbolenti o disattenti; l'identificazione di bambini “iperattivi” e il trattamento di cui sono fatti oggetto è stato analizzato da Conrad già nel 1975; da allora, sono sempre più numerosi gli adulti cui viene fatta una diagnosi di iperattività (Conrad 2006).

In un articolo presentato per la prima volta nel 1971, il sociologo Irving Zola sviluppa la tesi secondo cui la medicina sta diventando un' istituzione capitale del controllo sociale, che relega al secondo posto le istituzioni più tradizionali della religione e del diritto. Prosegue affermando che la medicina è diventata la nuova depositaria della verità e un luogo in cui giudizi spesso definitivi vengono enunciati da esperti ritenuti oggettivi, che si esprimono, non in nome della virtù o della legittimità, ma in nome della salute. Tuttavia, Zola insiste sul fatto che questo processo non deriva da una presa di potere da parte dei medici o dall'influenza politica che essi esercitano, ma che si realizza in modo insidioso attraverso la “medicalizzazione” di una buona parte della vita quotidiana. Con questo intende dire che la medicina, così come le etichette “sano” e “malato”, diventano pertinenti per rappresentare aspetti sempre più ampi dell'esistenza umana (Zola 1972, p. 487). In tal modo i sociologi sono d'accordo con gli storici nel constatare che la medicalizzazione è l'esito della professionalizzazione del gruppo medico, accompagnata da un aumento del loro prestigio e da una crescita progressiva della fiducia della popolazione nel sapere degli esperti, nella scienza e nella tecnologia. Ma, se un numero sempre crescente di fenomeni passa sotto il controllo della medicina, questo processo non dipende solo dalla volontà di appropriazione dei medici: la

2 Pitts, J.R., 1968, *Social control : the concept*, in *International Encyclopaedia of the Social Sciences*, n. 14, pp. 381-396 (citato in Fox 1989, p. 28).

medicalizzazione è “una trasformazione culturale e non semplicemente una conquista professionale” (Fassin 1988, p. 5).

Si tratta di una trasformazione culturale profonda che colpisce potenzialmente tutti gli ambiti della nostra esistenza, come illustra molto efficacemente Zola con la sua seria ironia:

Dalla sessualità all'alimentazione, dalle aspirine ai vestiti, dalla guida automobilistica alla pratica del surf, sembra che in certe circostanze o nell'interazione con alcune sostanze o attività o in grado troppo o non abbastanza elevato, praticamente ogni cosa possa condurre a un problema medico. In breve, ho finito per convincermi che vivere è pericoloso per la salute. Questa osservazione non è così buffa come potrebbe sembrare, poiché qualsiasi aspetto della nostra vita quotidiana contiene degli elementi di rischio per la salute. (Zola 1972, p. 498).

Per Zola, la capacità medica di impossessarsi dell'esistenza corporea si manifesta con evidenza nel trattamento della gravidanza e dell'insieme dei fenomeni legati alla procreazione. Egli nota che la nascita così come le cure prenatali, postnatali e pediatriche, l'infertilità, il concepimento e la stessa attività sessuale, sono passate sotto la supervisione medica. Invece, non mette in risalto quello che le critiche femministe non mancheranno di sottolineare, vale a dire che i fenomeni fisiologici o di naturale trasformazione del corpo (pubertà, maturità, invecchiamento) sono oggetto di un riassetto, di una patologizzazione e di un trattamento medico ineguale, secondo i sessi. Anche gli uomini sperimentano delle fasi di cambiamento, ma sono esposti al rischio di medicalizzazione molto meno delle donne (Kolip 2000, p. 10). Questa constatazione è del resto congruente con la tesi di Zola, secondo cui la medicina esercita sempre più spesso il ruolo d'istanza di controllo sociale, poiché quest'ultimo, come è noto, viene esercitato maggiormente sugli individui appartenenti ai gruppi sociali dominati piuttosto che ai gruppi dominanti.

Il sociologo francese Pierre Aïach (1988) distingue quattro aspetti della medicalizzazione.

Innanzitutto quello della progressione numerica dei membri delle professioni mediche o paramediche così come del loro utilizzo. L'espansione demografica dei professionisti della salute, a cui gli storici hanno prestato attenzione durante i secoli precedenti, ha subito un'accelerazione nella seconda metà del xx secolo. Al tempo stesso la domanda di cure mediche e paramediche è cresciuta in modo costante.

Il secondo aspetto è quello dell'estensione del campo di competenza della medicina. La perizia medica si applica ormai a fenomeni molto diversi come il fallimento scolastico, il disaccordo coniugale, le difficoltà di vivere, l'ingordigia

e tutti i disordini alimentari, l'ossessione per il gioco (o per la *chat* su internet, per le esperienze sessuali), ecc.

Il terzo aspetto messo in luce da Aiach, quello che egli definisce “medicalizzazione della vita”, è dovuto all'estensione della nozione di salute. La salute diventa un valore che può legittimare ogni forma di intervento. Così vengono condotte politiche che mirano a modificare taluni comportamenti e a far cessare alcune pratiche riconosciute o considerate nefaste (fumare, consumare certi alimenti e certe bevande, praticare alcuni tipi di atti sessuali, praticare o non certi tipi di attività fisica, ecc.). Conrad chiama “sanitarizzazione” (*healthicization*) questo fenomeno che, a differenza di Aiach, egli considera come distinto dalla medicalizzazione propriamente detta. A suo parere, se la medicalizzazione fornisce delle cause e degli interventi biomedici per spiegare e trattare degli avvenimenti della vita o dei problemi sociali, la sanitarizzazione propone degli stili di vita e delle cause comportamentali. “L'una [la medicalizzazione] rende la morale medica, l'altra [la sanitarizzazione] promuove la salute al rango di morale” (Conrad 1992, p. 223). Altri autori, specialmente Fassin (1988), sottolineano che una tappa decisiva della medicalizzazione è lo slittamento da un approccio curativo (curare la malattia), verso un approccio preventivo (prevenire la malattia o... conservare la salute). Per quanto riguarda la nascita, è effettivamente la logica preventiva che ha permesso di fare di *ogni* gravidanza uno stato e una tappa dell'esistenza femminile che rende necessaria la sorveglianza medica.

L'ultimo aspetto è quello della patologizzazione della società, inteso come aumento delle patologie e dei sintomi dichiarati durante le inchieste sulla salute. In Francia e altrove nel mondo, benché la mortalità sia notevolmente diminuita, gli individui tendono a dichiarare un maggior numero di patologie, ma soprattutto quelle meno letali, così come sintomi che non si manifestano con disturbi morbosi. Questa osservazione spinge a ipotizzare una trasformazione del rapporto che gli individui intrattengono con la malattia e la salute, nel senso che essi mostrerebbero una maggiore sensibilizzazione e una più grande preoccupazione rispetto alle generazioni anteriori.

La definizione più esaustiva del concetto di medicalizzazione mi sembra quella proposta da Conrad perché è al tempo stesso sfaccettata e precisa:

La medicalizzazione consiste nel definire un problema in termini medici, nel servirsi di un linguaggio medico per descriverlo, nell'adottare un quadro medico per comprenderlo, o nel ricorrere a un intervento medico per “trattarlo”. È un processo socioculturale che può implicare o non la professione medica, condurre a un controllo medico o a un trattamento medico o ancora essere il prodotto della deliberata espansione della professione medica. Si è di fronte alla medicalizzazione quando sono applicati un quadro o una definizione medica per comprendere o gestire un problema (...) (Conrad 1992, p. 211).

Elaborata da autori (i sociologi Peter Conrad e Joseph W. Schneider) che si situano in una prospettiva teorica sociocostruzionista, questa definizione fa del potere di definizione il criterio chiave della medicalizzazione. Secondo loro, la medicalizzazione è prima di tutto un processo relativo alla definizione. In tal modo il fatto che il fenomeno o il problema sociale medicalizzato sia trattato effettivamente dai medici diventa secondario. Che sia gestito dal personale paramedico o ausiliare, piuttosto che dai dottori in medicina, questo fenomeno o problema resta comunque concepito attraverso un modello medico. Può anche succedere che le persone o i gruppi esterni al mondo della medicina giochino un ruolo più attivo dei medici nella medicalizzazione di un fenomeno, in modo che venga concepito in un quadro medico. A questo riguardo, l'esempio archetipico è quello dell'associazione degli Alcolisti Anonimi (AA), che ha militato attivamente affinché l'alcolismo fosse riconosciuto come una malattia in quanto tale e non più come un problema di moralità.

Conrad (1992) ritiene che la medicalizzazione possa prodursi a tre livelli distinti: concettuale, istituzionale e interazionale.

A livello concettuale, il vocabolario medico o un modello medico è utilizzato per definire un certo problema; come abbiamo appena visto, l'intervento dei medici o l'applicazione di trattamenti medici non è indispensabile a questo processo.

A livello istituzionale, un'organizzazione adotta un approccio medico per trattare alcuni problemi di cui si occupa. I medici possono allora fungere da agenti o da esperti per conto di quest'istituzione: per esempio sono legittimati a rilasciare un certificato che permetta di esonerare una persona (dal servizio militare, da un dovere professionale), o una perizia che gli permetta di beneficiare di un congedo, di un aiuto finanziario, o ancora di evitargli una pena carceraria. Quando un'organizzazione conduce le sue attività in un'ottica medica (per es. un'istituzione specializzata nel trattamento dei "malati mentali" o nella custodia dei "pazzi"), il lavoro quotidiano abitudinario può essere compiuto perfettamente da personale non medico nel senso stretto della parola (ma da rappresentanti di altre professioni della salute o dell'universo socio-sanitario, quali infermieri, assistenti, ergoterapeuti, educatori specializzati, ecc.)

E' solo al livello interazionale della medicalizzazione che i medici sono sempre coinvolti in modo diretto nel "colloquio individuale" con i pazienti. Durante la consultazione, essi stabiliscono una diagnosi medica intorno al problema del paziente, in un certo senso traducono in termini medici il problema portato dal paziente (sia esso un malessere diffuso, delle insonnie legate a delle preoccupazioni d'ordine professionale o familiare, una mancanza di concentrazione o di motivazione, ecc.). Essi applicano eventualmente un trattamento medico in risposta a questo problema "sociale" (per esempio,

prescrizione di tranquillanti per rimediare a difficoltà relazionali). Penso non sia inutile precisare quello che gli avversari della medicalizzazione tacciono troppo spesso, cioè che i pazienti, consultando il medico, partecipano attivamente alla medicalizzazione, la quale va nella direzione delle loro aspettative. Senza dubbio questo avviene in assenza di risposte sociali alternative, dotate della stessa legittimità di quelle fornite dalla medicina e dai suoi rappresentanti... E anche in ragione del fatto che medicalizzare un problema facilita il suo trattamento sociale e finanziario. Così in Francia le associazioni di parenti delle persone che soffrono della malattia d'Alzheimer hanno effettuato un lavoro di *lobbying* molto efficace, per far riconoscere tale forma di invecchiamento come una malattia, in modo da ottenere dal sistema sanitario un rimborso del trattamento sociosanitario delle persone anziane colpite e delle forme di sostegno ai parenti che li aiutano³.

D'altronde il sociologo raccomanda di non considerare la medicalizzazione come una situazione di alternativa, nella quale un fenomeno sarebbe o non sarebbe medicalizzato, ma di concepirla invece in termini di gradi. Alcuni fenomeni o momenti della vita, quali la morte e la nascita, sono quasi completamente medicalizzati, mentre altri sono solo parzialmente medicalizzati (per esempio, la menopausa, alcune tossicodipendenze) e altri ancora sono oggetto di una medicalizzazione minima (per esempio, la dipendenza sessuale o la violenza coniugale).

Il concetto di demedicalizzazione

Per Conrad (1992), il termine demedicalizzazione si applica a problemi per i quali non si adotta più una definizione medica, mentre prima era stato così. Per esempio, la masturbazione, che era considerata come una malattia alla fine del XIX secolo e era quindi oggetto di frequenti interventi medici, cessa di essere definita come un problema medico alla fine del XX secolo. Anche l'omosessualità rappresenta un esempio molto interessante, perché è passata consecutivamente dallo statuto di peccato contro Dio e/o contro le "leggi naturali" a quello di malattia, per diventare in seguito uno stile di vita (Conrad, Schneider 1992, cap. 7), almeno nella maggior parte delle società dell'America del Nord e dell'Europa. Anche in questo caso, gruppi di pressione composti da persone omosessuali e da simpatizzanti hanno giocato un ruolo tanto nella fase di medicalizzazione (iniziata nel XVIII e finita nel XX secolo) - perché era

3 Dr Marc Cohen (geriatra, direttore del Polo Medico, Medico-sociale, Handicap, Parigi), «Les dimensions psychologiques du social», (Le dimensioni psicologiche del sociale), comunicazione fatta durante la sessione «Missions hospitalières et métiers du social» (Missioni ospedaliere e mestieri del sociale) del seminario «Organisation et métiers à l'hôpital : un ordre formel et informel» (Organizzazione e mestieri all'ospedale: un ordine formale e informale) organizzato da Régine Bercot e Ivan Sainsaulieu, Parigi, 19 giugno 2009.

meglio essere percepiti come vittime di un disturbo medico piuttosto che come pervertiti che si abbandonano a degli “abomini”- che nella fase di demedicalizzazione. Quest’ultima è iniziata nel dopoguerra ed è sfociata nella decisione, votata nel 1974 dall’*American Psychiatric Association*, di ritirare la menzione di omosessualità come malattia dal suo repertorio di disturbi mentali, il celebre *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, DSM.

A volte il ricorso al personale paramedico invece che ai medici è considerato come una forma di demedicalizzazione. Ma questo significa confondere demedicalizzazione con deprofessionalizzazione. La medicalizzazione può in effetti realizzarsi solo a livello concettuale e istituzionale, qualora non sia coinvolto il livello interazionale (medico-paziente), nel momento in cui membri del personale paramedico si occupano del problema con la delega del medico. Conformemente alla definizione precedente, la demedicalizzazione avviene solo quando il problema cessa di essere concepito in termini medici e quando i trattamenti medici non sono più giudicati appropriati per risolverlo. Conrad (1992, p. 225) propone come esempi fittizi di demedicalizzazione la definizione del parto come un avvenimento familiare, che coinvolge assistenti senza formazione, la visione dell’alcolismo cronico come un problema educativo e la ridefinizione della menopausa come un avvenimento naturale della vita che non necessita alcun intervento medico. In questa accezione, mettere la questione della demedicalizzazione del parto sul terreno di scontro tra ginecologo e ostetrica conduce in un vicolo cieco su cui tornerò successivamente.

Lowenberg & Davis (1994) esaminano il processo duale di demedicalizzazione alla luce del movimento di salute olistica. La loro discussione manca di una base concettuale forte, ma ha il merito di illustrare la tensione che attraversa le pratiche di cura alternative, che per alcuni aspetti partecipano al processo di medicalizzazione e per altri gli resistono. Questi autori considerano il tentativo di rinunciare ai macchinari e a una tecnologia medica elaborati, per privilegiare la dimensione interpersonale e affettiva delle cure, un passo verso la demedicalizzazione. La loro posizione mi sembra interessante perché solleva la questione della comprensione delle cure, delle attività umane coinvolte nel fatto di *prendersi cura dell’altro* (della sua salute, del suo stato morale) e implicitamente quella della determinazione di tipi di conoscenze che possono intervenire in un’attività terapeutica o nell’assistenza a un avvenimento derivante dalla natura corporea dell’esistenza umana (innanzitutto, la nascita e la morte). Rinunciare all’uso della tecnologia in favore di un approccio più affettivo, equivarrebbe a ridefinire la relazione di cura - relazione che del resto non è necessariamente *terapeutica*- e in fondo ridefinire la natura del problema da trattare.

Demedicalizzare il parto

L'ostetrica o il medico?⁴

Perché aver dedicato tante parole a una discussione concettuale invece di affrontare direttamente la questione centrale: come demedicalizzare la nascita? Proprio perché la posta in gioco riguarda la definizione. Concordo infatti con l'analisi di Conrad e di Schneider secondo cui l'elemento della definizione è il fattore chiave della medicalizzazione, in altre parole la posta in gioco maggiore si situa al livello concettuale del processo e non a livello istituzionale e interazionale. "Il più grande potere di controllo sociale risiede nell'autorità di definire certi comportamenti, persone e cose (...). In tal modo il controllo sociale può essere considerato come il potere di ricorrere a un insieme particolare di definizioni del mondo, contemporaneamente a livello teorico e nella pratica" (Conrad, Schneider 1992, p. 8). Di fatto i ginecologi hanno imposto il controllo medico sulla nascita attraverso il loro potere di definirla. La vera prodezza che hanno operato è stata quella di definire il parto come un fenomeno intrinsecamente rischioso tanto per la partoriente che per il neonato, come un processo sempre soggetto a imprevisti, cui solo un ambiente medico molto specializzato permette di far fronte in modo rapido e adeguato. Da un avvenimento naturale (previsto dalla natura che dota le donne e i feti di comportamenti adatti a viverlo), la nascita è così *diventata nella realtà* (cioè nella sua attuale rappresentazione dominante e nelle forme dell'assistenza concreta) un avvenimento sempre potenzialmente pericoloso. Questa constatazione si applica anche al periodo pre-natale, dato che la gravidanza è definita anch'essa uno stato potenzialmente patologico, carico di rischi, che necessita quindi di una stretta sorveglianza da parte dei professionisti della salute. Di conseguenza demedicalizzare il parto (e a monte la gravidanza) può avvenire solo attraverso la modificazione della sua definizione (per esempio, ridefinendolo come un avvenimento familiare, come suggerisce Conrad).

Le critiche alla nascita medicalizzata, che non considerano l'aspetto relativo alla definizione, rischiano così di mancare il loro bersaglio. La loro attenzione si focalizza a volte su un elemento senza dubbio importante, ma tuttavia secondario nel processo di medicalizzazione, quale l'uso di una tecnologia particolare (il monitor, l'analgesia epidurale) o i tassi di cesareo di un'istituzione ospedaliera o di un paese. Altre volte, la critica della medicalizzazione si configura all'interno di una discussione che contrappone le principali categorie professionali che partecipano all'assistenza del parto cioè i ginecologi da una parte e le ostetriche dall'altra: ai primi sono attribuiti

4 Questo titolo è un'allusione all'opera omonima dello storico francese della nascita Jacques Gélis (1988).

tutti i torti e alle seconde tutti i meriti. L'antagonismo tra queste due categorie è spesso descritto nei termini di un'opposizione di genere, fatto che, benché non sia certo privo di pertinenza, appare tuttavia molto riduttivo. Infatti numerose donne (tra le quali anche delle ostetriche) partecipano, sul piano ideologico e della pratica, alla (ri)produzione di un rapporto sociale fondamentalmente ineguale tra i due sessi.

Molti sociologi che studiano il mestiere delle ostetriche e le diverse forme che lo regolano a livello internazionale, estendono la nozione di medicalizzazione all'attività stessa delle ostetriche, in un certo senso facendo di queste professioniste delle vittime dell'estensione del potere medico. (Questa visione di lotte inter-professionali si congiunge a uno dei grandi temi della storia della nascita, quello dell'espulsione delle mammane in favore dei chirurghi, seguito dalla marginalizzazione delle ostetriche in favore dei ginecologi.) Questo è quanto succede nella definizione seguente:

Per medicalizzazione del parto e della pratica delle ostetriche (midwifery), intendiamo il fatto che le donne tendono a preferire sempre più il parto in ospedale invece di quello a casa, la tendenza crescente a ricorrere alla tecnologia e a interventi clinici durante il parto, così come la determinazione dei medici a relegare le ostetriche a un ruolo puramente subordinato e persino inesistente in materia di gravidanza e di parto (Van Teijlingen, Lowis, McCaffery, Porter 2004, p. 1).

L'assenza dell'elemento chiave -secondo la definizione di Conrad- della medicalizzazione, vale a dire l'aspetto della definizione, a mio parere rinchiude gli autori in un'analisi focalizzata sulle logiche inter-professionali in seno al mondo dell'ostetricia. In tal modo diventa impossibile identificare la salvezza -una demedicalizzazione relativa- se non in un riequilibrio delle rispettive prerogative delle due categorie professionali e più particolarmente nell'allargamento del margine di autonomia delle ostetriche. Tuttavia gli elementi riportati nella loro definizione derivano dall'aspetto che non menzionano, cioè dal fatto che è stata applicata con successo una definizione medica del parto. Le donne preferiscono partorire in ospedale invece che a domicilio, perché considerano il parto come un avvenimento che necessita l'assistenza medica e non come un evento familiare. In Francia e in Svizzera sono molte le donne incinte che, interrogate sul parto a casa, dichiarano di aver ignorato fino a quel momento che quella pratica fosse *autorizzata*; quasi tutte la giudicano troppo rischiosa per loro e soprattutto per il loro bambino. Quelle al corrente del fatto che la pratica del parto in casa si è mantenuta fino ai giorni nostri nei Paesi Bassi, riferiscono spesso l'idea -del tutto erronea e anche aberrante da un punto di vista economico, ma nonostante ciò molto diffusa- che in quel paese un'ambulanza stazioni davanti al domicilio di ogni partoriente durante tutta la durata del parto, per garantire in ogni momento il trasferimento rapido in ospedale. Quanto all'uso della tecnologia, pure diventa

evidente dal momento che il parto è percepito come una malattia che necessita sorveglianza medica, un'operazione chirurgica o la somministrazione di sostanze farmacologiche specifiche.

La questione quindi non è tanto di sapere quale gruppo professionale sia coinvolto nell'assistenza alla nascita, quanto quella di sapere con quale definizione lavora e in che modo questa definizione viene applicata nella pratica. Molte ostetriche rivendicano una concezione del parto diversa da quella dei medici. Tuttavia fanno fatica a applicarla all'interno dell'universo ospedaliero, dove il parto continua a essere definito come un avvenimento potenzialmente rischioso, che necessita una sorveglianza costante (molto spesso, attraverso il monitoraggio continuo), per scoprire in tempo qualsiasi anomalia si produca nel corso del travaglio, e prevenire ogni "sofferenza fetale" attraverso interventi sul corpo materno. Solo le ostetriche libere professioniste che assistono i parti al di fuori delle strutture ospedaliere, sia nelle case di maternità⁵ sia a domicilio, riescono realmente a mettere in pratica la loro concezione della nascita come un evento normale *a priori* (non patologico), che la maggior parte delle donne e dei bambini possono vivere senza rischio né particolari difficoltà. Alcune altre pratiche locali rappresentano dei tentativi di mettere in discussione la definizione egemonica della gravidanza in quanto stato di vulnerabilità e del parto in quanto evento pericoloso. Per esempio, gli accordi stipulati tra maternità ospedaliere e ostetriche libere professioniste, che consentono a queste ultime di garantire i controlli della gravidanza a domicilio, e di utilizzare le infrastrutture ospedaliere per assistere loro stesse le proprie pazienti al momento del parto⁶. La de-istituzionalizzazione della nascita e l'attenuazione dell'idea del rischio che gli è associato sono allora solo parziali.

Fuori dall'ambiente ospedaliero le ostetriche possono comportarsi come professioniste della salute che favoriscono una demedicalizzazione del parto. Brigitte Jordan, una delle pioniere dell'antropologia della nascita, parla di *sapere autorevole (authoritative knowledge)* per designare le conoscenze che, persone appartenenti a una comunità di pratiche e che collaborano in un ambito particolare, considerano come importanti, valide, sulla base delle quali prendono delle decisioni e giustificano le loro azioni (Jordan 1997, p. 58). Con questa nozione, Jordan non vuole designare il sapere detenuto da quelli che occupano posizioni di autorità (in questo caso, i ginecologi), ma quello a cui ricorrono i membri di una comunità di pratiche (nel caso che ci interessa, le

5 Nei paesi dove queste sono state accettate, come per esempio la Germania, l'Austria, il Belgio e anche la Svizzera. In Francia fino a oggi la Direzione dell'ospedalizzazione e dell'organizzazione delle cure (DHOS) non ha accettato il principio di strutture gestite in modo autonomo dalle ostetriche, che non siano contigue a maternità ospedaliere. Una bozza di decreto sulla sperimentazione di progetti di case di maternità è in preparazione.

6 È per esempio il caso di alcune ostetriche indipendenti appartenenti all'associazione *Arcade des sages-femmes* di Ginevra (Svizzera di lingua francese), che hanno ottenuto il diritto di utilizzare le sale parto della maternità degli Ospedali Universitari di Ginevra (HUG) per il parto in ambulatorio delle loro pazienti.

ostetriche indipendenti) per portare a termine il loro lavoro. È nell'interazione che questo sapere prende forma e si rivela. Certo “la socializzazione professionale delle allieve ostetriche (...) è fatta tanto dai medici quanto dalle ostetriche e è principalmente ospedaliera tenendo conto degli insegnanti, del contesto della pratica e delle guardie diurne e notturne nei reparti di ginecologia e ostetricia” (Schweyer 1996, p. 86). Tuttavia, i valori e i saperi acquisiti dalle ostetriche durante la loro formazione e nei loro primi anni di pratica nelle istituzioni ospedaliere pubbliche o private, possono essere in parte ridefiniti attraverso e all'interno di una pratica indipendente, a contatto con colleghe che lavorano in un'ottica e con riferimenti diversi da quelli considerati legittimi in un contesto istituzionale. A domicilio per esempio, le azioni compiute dall'ostetrica, i gesti effettuati da lei e da altre persone presenti (coniuge, amici, ecc.), le posizioni adottate dalla partorientente, l'attenzione per le sue sensazioni e le sue emozioni, la misura del tempo che scorre e il significato che gli è dato, possono essere determinati da un sapere diverso dal sapere medico egemonico -anche se questo può venire in parte mobilitato, nella misura in cui l'operatrice possiede un diploma di ostetrica rilasciato dalle autorità nazionali competenti. All'ospedale invece, il “sapere autorevole” che si manifesta è evidentemente legato alla posizione di autorità di cui godono i medici. Questi impongono dunque la loro definizione della situazione e dei protocolli di assistenza, di cui le ostetriche sono, volenti o nolenti, agenti.

L'assistenza alla nascita da parte di un gruppo professionale costituito da *non-medici*, in questo caso quello delle ostetriche, non basterebbe dunque da sola a garantire un declino importante della medicalizzazione della nascita. Aggiungiamo a tutto ciò che le ostetriche formano un categoria professionale numericamente poco importante, frammentata a causa dei suoi luoghi d'esercizio (sale parto dei reparti ospedalieri, consultazione prenatale, planning familiare, centri di procreazione medicalmente assistita, servizi di protezione materna e infantile in Francia, domicilio, ecc.), e per la natura delle sue attività (pratiche dei parti, controllo medico e psicosociale delle gravidanze a rischio, sostegno alla funzione parentale, rieducazione perineale, preparazione alla nascita, consigli all'allattamento, ecc.), non priva di divisioni rispetto alle sue rivendicazioni di fronte allo stato e alla percezione dei propri interessi. Tutti questi elementi fanno delle ostetriche un gruppo poco adatto a imporre da solo una nuova concezione della nascita che sfugga alla definizione medica.

Verso una definizione sociale del parto

Le ostetriche impegnate in pratiche alternative a quelle della nascita medicalizzata, sono coscienti di risalire una corrente molto forte, che minaccia a ogni istante di far naufragare le loro iniziative. Localmente e a volte a livello nazionale, esse stringono alleanze con delle associazioni di genitori, ma queste coalizioni si rivelano spesso poco solide. Infatti non è sempre facile far convergere gli interessi almeno parzialmente corporativisti delle ostetriche e quelli, parzialmente consumeristi dei collettivi di genitori, i cui membri si rinnovano molto velocemente (l'impegno associativo si limita spesso al periodo in cui i genitori sono loro stessi direttamente toccati dalla nascita). Del resto le associazioni cittadine che si mobilitano attorno alla nascita, non riescono a reclutare un ampio pubblico, esso resta molto circoscritto, soprattutto negli ambienti popolari dove tuttavia il tasso di fecondità è il più elevato.

Di fatto le voci critiche che se la prendono in modo reiterato con la medicalizzazione della nascita, sembrano avere poca presa su gruppi più ampi della popolazione, tanto che viene da chiederci: chi sono coloro che desiderano davvero una demedicalizzazione? Le donne in età di procreare, le prime a essere toccate dagli interventi medici (di cui loro subiscono la parte più importante, mentre il resto riguarda i neonati) desiderano un declino della medicalizzazione del parto? Nulla sembra meno certo. Sembra al contrario che la maggioranza di loro non lo desiderino.

Questa constatazione è stata già fatta dieci anni fa dai sociologi canadesi Bonnie Fox et Diana Worts (1999, p. 328): i dati empirici sull'esperienza delle donne che hanno partorito, contraddicono le previsioni dei ricercatori fondate sulla critica della medicalizzazione. Questi dati in effetti rilevano che molte donne, provenienti da tutti gli ambienti sociali, accolgono favorevolmente gli interventi medici, e sono del tutto soddisfatte del parto in ospedale. La recente indagine dei sociologi fiamminghi Wendy Christiaens et Piet Bracke (2009), comparando il grado di soddisfazione delle donne di due paesi caratterizzati da sistemi di cure materne molto differenti, il Belgio (dove la maggioranza dei parti si svolge in ospedale e sono oggetto di numerosi interventi medici) e i Paesi Bassi (paese europeo caratterizzato dal tasso più elevato di parti a domicilio e dove il numero di interventi è ridotto), ha mostrato gli stessi risultati. Il grado di soddisfazione delle donne che hanno optato per un parto a casa è in assoluto il più elevato in entrambi i paesi. Tuttavia, i punteggi dell'insieme delle donne belghe sono più elevati di quelli delle olandesi, mentre i ricercatori si aspettavano un risultato inverso, dal momento che le prime hanno "subito" un parto più "medicalizzato" delle seconde.

È vero tuttavia che sono tuttora presenti le cause che hanno condotto alla medicalizzazione della nascita. La credenza nel progresso della medicina si è

certamente sgretolata a causa dell'impotenza a guarire o a frenare delle vecchie e nuove malattie, ma resta consolidata in certi ambiti. La riduzione della mortalità materna e infantile a un tasso ormai quasi irriducibile nei paesi ricchi, che mostra un contrasto esecrabile rispetto ai tassi drammaticamente elevati dei paesi poveri, è considerata da molti come una vittoria esclusiva della medicina occidentale. Agli occhi di molte persone partorire a casa sembra una scelta retrograda e inutilmente pericolosa. I futuri genitori non vogliono far correre nessun rischio al loro bambino; vogliono al contrario “che abbia tutte le opportunità dalla sua” (l'espressione si incontra spesso nei congressi e nei media), e l'ospedale è il solo luogo dove possono essere utilizzati tutti i mezzi all'avanguardia.

Comparando il grado di medicalizzazione dei diversi problemi sociali, Conrad (1992, p. 220) fa notare che, quando delle definizioni competitive di un problema sono rappresentate da gruppi di interessi forti, è meno probabile che questo sia completamente medicalizzato. Ora nessun gruppo d'interesse sufficientemente potente è giunto a contrastare il processo di medicalizzazione della nascita nel corso delle sue diverse tappe. In numerosi paesi dalla fine del XIX secolo delle associazioni di ostetriche hanno cercato di limitare l'intervento dei medici nei parti normali o di opporsi all'ospedalizzazione delle partorienti, ma le autorità sanitarie non hanno ascoltato le loro argomentazioni. In Svizzera, alla fine della seconda guerra mondiale, quando il trasferimento delle nascite da casa verso l'ospedale ha subito un'accelerazione, per divenire, sembra, irreversibile, le ostetriche si opposero debolmente a questo movimento che ha di fatto cambiato drasticamente la loro pratica. Al contrario molte di loro sono state attratte dall'ospedale, dalla modernità che incarnava e soprattutto dalla sicurezza d'impiego e dal salario regolare che garantiva (Vuille 2009, p. 21-24). Per quanto riguarda le donne incinte, se una parte di loro hanno resistito individualmente - e se alcune continuano a farlo oggi - altre hanno partecipato al processo di medicalizzazione che coincideva con i loro desideri e con quelli dei loro familiari, come hanno mostrato per esempio gli storici Gélis (1988) per il XVIII secolo francese o Wertz e Wertz (1989) a cavallo tra il XIX e il XX secolo negli Stati Uniti.

Fox & Worts (1999) ci forniscono un ulteriore chiarimento riguardo alle ragioni che hanno portato all'accettazione della medicalizzazione della nascita nelle circostanze attuali della vita delle donne occidentali. La maternità, che rappresenta un'esperienza in qualche modo generatrice di identità femminile e un elemento chiave dello statuto sociale delle donne, è definita nei nostri paesi come qualcosa che rientra nell'ambito della responsabilità privata e quasi esclusivamente delle madri. Nel post-parto, le donne soffrono spesso di una mancanza di sostegno sociale al divenire madre, che comprende la condivisione della responsabilità con il padre del bambino. A partire da interviste approfondite con delle primipare, le due ricercatrici hanno scoperto che le donne il cui partner fornisce un sostegno, così come quelle che

beneficiano di una solida rete di amici pronti a offrire un aiuto morale e pratico, hanno meno probabilità di essere sottoposte a interventi medici durante il parto e di soffrire di depressione post-partum. A partire da questi dati, formulano l'ipotesi che la mancanza di sostegno sociale e emozionale contribuisca in modo considerevole alla domanda e all'accettazione da parte delle donne di un trattamento medico del dolore e di altri interventi.

Noi ipotizziamo che, a causa di un sostegno sociale minimo, molte donne accolgano favorevolmente gli interventi medici, preoccupate del benessere immediato del loro bambino e al tempo stesso nella speranza che questi consentiranno loro di essere nella forma migliore per assumere le importanti responsabilità cui saranno confrontate in quanto madri. (Fox, Worts 1999, p. 343).

D'altronde in Canada -come in molti paesi europei- la durata della permanenza nel reparto maternità si è accorciata nel corso di questi ultimi anni. Le nuove madri si ritrovano allora nella situazione di dover assumere molto rapidamente la responsabilità (quasi) completa del neonato, dopo aver ricevuto in ospedale pochissime indicazioni sul modo di occuparsene. Fox & Worts ritengono che in tal senso l'ospedale partecipi e contribuisca attivamente alla privatizzazione della responsabilità delle madri nei confronti dei bambini. Le madri del loro campione giudicavano insufficienti i consigli che avevano ricevuto, che si riassumevano talvolta in "fate come meglio potete -è vostra/vostro figlia/figlio". Solo una minoranza di donne, che era stata negli stessi ospedali, conservava un ricordo positivo del proprio soggiorno e parlava di contatti soddisfacenti con il personale che le aveva assistite dopo la nascita. Non è inutile sottolineare che tutte queste donne avevano avuto problemi medici (cesareo d'urgenza o altri interventi) e ricevevano un'assistenza da parte del personale come vere e proprie "pazienti". Inoltre, nei giorni e nelle settimane successive alla nascita, i partner si impegnavano più a lungo nelle cure del bambino, e nei lavori domestici poiché la loro compagna era considerata convalescente. In altri termini, il ruolo di pazienti permette d'ottenere un'attenzione e un sostegno che altrimenti sarebbero indisponibili.

Per quanto da un certo punto di vista esse siano inappropriate, le cure mediche rappresentano la parte più importante del sostegno offerto alle donne incinte e alle giovani madri. Bisogna per questo prendersela solo con l'istituzione medica? Non è forse vero che essa cerca, con i mezzi che le sono propri, di rimediare all'assenza di altre istanze sulla scena del parto? Non colma forse, anche se male, un "vuoto sociale" di cui è troppo comodo considerarla responsabile? Quanto alle gestanti e alle puerpere, se lo statuto di pazienti permette loro di ottenere l'attenzione del personale medico e dei familiari, questo mi sembra avvenga anche perché il prestigio della tecnologia e della medicina d'avanguardia è contagioso. Mettere al mondo un bambino in un contesto altamente medicalizzato appare come una cosa più seria che

partorire a casa propria- poiché ai giorni nostri la donna non è più circondata dai vicini e dalla famiglia che un tempo sarebbero accorsi per stare vicino alla partorientente poi madre.

Così, a mio parere, il dibattito sulla demedicalizzazione della nascita guadagnerebbe in pertinenza e in finezza se si allargasse a tutti gli aspetti sociali- e non ai soli aspetti corporei- della produzione di bambini; se coloro che vi prendono parte guardassero al di là del periodo della gravidanza e del parto, per prendere in considerazione anche quello del post-parto, come Fox & Worts ci spingono a fare. Ridefinire la nascita come un avvenimento sociale - detto altrimenti, demedicalizzarla -significa pensare a ciò che viene dopo il parto in senso stretto, alle sue conseguenze immediate, e prima di tutto alla responsabilità sociale (non unicamente *materna*) verso il neonato, nel suo periodo di maggiore vulnerabilità, e alla responsabilità sociale (non unicamente *medica*) verso la madre in un periodo di difficile transizione. Dopo tutto, mettere al mondo un bambino è anche sempre, a livello più *micro*, la condizione *sine qua non* grazie a cui la società continua a esistere.

(Traduzione di Arianna Cecconi)

Bibliografia

Aïach, P., 1988, *“Les voies de la médicalisation”*, in P. Aïach, D. Delanoë, a cura, *L'ère de la médicalisation. Ecce homo sanitas*, Paris, Anthropos/Economica, pp. 15-36.

Bourdelaïs, P., 1997, *Histoire de la population, histoire de la médecine et de la santé : cinquante ans d'expérimentations*, “Dynamis. Acta Hispanica ad Medicinæ Scientiarumque Historiam Illustrandam”, n. 17, pp. 17-36.

Burnham, J.C., 1998, *How the Idea of Profession Changed the Writing of Medical History*, London, Wellcome Institute for the History of Medicine.

Christiaens, W., Bracke, P., 2009, Place of birth and satisfaction with childbirth in Belgium and the Netherlands, “Midwifery”, n. 25 (2), pp. e11-e19.

Conrad, P., 1992, *Medicalization and social control*, “Annual Review of Sociology”, n. 18, pp. 209-232.

Conrad, P., 2006, *Identifying hyperactive children : the medicalization of deviant behavior*, Aldershot, Ashgate Publishing Limited. (Expanded edition. 1st edn 1975.)

Conrad, P., Schneider, J.W., 1992, *Deviance and medicalization : from badness to sickness*, Philadelphia, Temple University Press. (Expanded edition, with a new afterword by the authors. 1st edn 1980.)

Donzé, P.-Y., 2007, *L'Ombre de César. Les chirurgiens et la construction du système hospitalier vaudois (1840-1960)*, Lausanne, Bibliothèque d'Histoire de la Médecine et de la Santé (BHMS).

Dubar, C., Tripier, P., 1998, *Sociologie des professions*, Paris, Armand Colin.

Ehrenreich, B., English, D., 1972, *Witches, midwives, and nurses : a history of women healers*, New York, Feminist Press; trad. it. 1975, *Le streghe siamo noi : il ruolo della medicina nella repressione della donna*, Milano, CELUC libri.

Fassin, D., 1988, *“Avant-propos: Les politiques de la médicalisation”*, in P. Aïach, D. Delanoë, a cura, *L'ère de la médicalisation. Ecce homo sanitas*, Paris, Anthropos/Economica, pp. 1-13.

Faure, O., 1988, *“La médicalisation vue par les historiens”*, in P. Aïach, D. Delanoë, a cura, *L'ère de la médicalisation. Ecce homo sanitas*, Paris, Anthropos/Economica, pp. 53-68.

Fox, B., Worts, D., 1999, *Revisiting the critique of medicalized childbirth*, «Gender & Society», n. 13 (3), pp. 326-246.

Fox, R.C., 1989, *The sociology of medicine : a participant observer's view*, Englewood Cliffs, Prentice Hall.

Foucault, M., 1975, *Surveiller et punir. Naissance de la prison*, Paris, Gallimard; trad. it. 1976, *Sorvegliare e punire. La nascita della prigione*, Torino, Einaudi.

Foucault, M., 1988, *L'incorporation de l'hôpital dans la technologie moderne*, “Hermès”, n. 2, pp. 30-40 ; trad. it. 1998, *“L'incorporazione dell'ospedale nella tecnologia moderna”* in Archivio Foucault. Interventi,

colloqui, interviste, Milano, Feltrinelli, pp. 85-97

Freidson, E., 1970, *Profession of medicine : a study of the sociology of applied knowledge*, New York, Harper & Row.

Gélis, J., 1988, *La sage-femme ou le médecin. Une nouvelle conception de la vie*, Paris, Fayard.

Gélis, J., Laget, M., Morel, M.-F., 1978, *Entrer dans la vie. Naissances et enfances dans la France traditionnelle*, Paris, Gallimard/Julliard.

Goubert, J.-P., a cura, 1982, *La médicalisation de la société française, 1770-1830*, numero speciale della rivista "Historical Reflections / Réflexions historiques", n. 9 (1-2).

Hughes, E.C., 1958, *Men and their work*, Glencoe, Free Press.

Illich, I., 1975, *Medical Nemesis : the Expropriation of Health*, London, Calder & Boyars; trad. it. 2005, *Nemesi medica. L'espropriazione della salute*, Milano, Boroli.

Jordan, B., 1997, "*Authoritative knowledge and its construction*", in R. Davis-Floyd, C.F. Sargent, a cura, *Childbirth and authoritative knowledge: cross-cultural perspectives*, Berkeley, University of California Press, pp. 55-79.

Kolip, P., 2000, "Frauenleben in ärztlicher Hand. Die Medikalisierung weiblicher Umbruchphasen", in id., a cura, *Weiblichkeit ist keine Krankheit. Die Medikalisierung körperlicher Umbruchphasen im Leben von Frauen*, Weinheim e München, Juventa Verlag, pp. 9-30.

Léonard, J., 1981, *La médecine entre les pouvoirs et les savoirs. Histoire intellectuelle et politique de la médecine française au XIXe siècle*, Paris, Aubier.

Lowenberg, J.S., Davis, F., 1994, *Beyond medicalisation-demedicalisation : the case of holistic health*, "Sociology of Health & Illness", n. 16 (5), pp. 579-599.

Parsons, T., 1958, "Definitions of health and illness in the light of American values and social structure", in E. G. Jaco, a cura, *Patients, physicians and illness*, New York, The Free Press of Glencoe, pp. 107-127.

Schweyer, F.-X., 1996, *La profession de sage-femme : autonomie au travail et corporatisme protectionnisme*, "Sciences Sociales et Santé", n. 14 (3), pp. 67-102.

Van Teijlingen, E., Lowis, G., McCaffery, P., Porter, M., 2004, "General introduction to midwifery and the medicalization of childbirth : comparative perspectives", in id., a cura, *Midwifery and the medicalization of childbirth : comparative perspectives*, New York, Nova Science Publishers, Inc., pp. 1-4.

Vuille, M., 2009, *Les sages-femmes vaudoises face à l'Accouchement Sans Douleur (ASD), 1950-1989*, Rapport de recherche remis au Réseau d'études appliquées des pratiques de santé, de réadaptation et de ré/insertion (RéSaR), Lausanne, Haute école de la santé La Source.

Wertz, R.W., Wertz, D.C., 1989, *Lying-in: a History of Childbirth in America*, New Haven, London, Yale University Press. (Expanded edition. 1st edn 1977).

Zola, I.K., 1972, *Medicine as an institution of social control*, "The Sociological Review", n. 20 (4), pp. 487-504.

Patrizia Quattrocchi

I mille volti della sobada. Saperi riproduttivi e pratiche di resistenza nello Yucatan contemporaneo (Messico)

Del massaggio terapeutico detto *sobada*, effettuato dalle levatrici maya dello Yucatan alle donne incinte e alle puerpere, mi sono occupata più volte ¹.

Ciò che non ho esplorato in maniera sufficiente e che costituisce l'oggetto della presente discussione è fino a che punto questa pratica, nelle tante ri-significazioni assunte nel contesto di crescente medicalizzazione del parto, possa essere considerata come una sorta di resistenza quotidiana che le donne maya yucateche mettono in atto nei confronti di un sapere globale (medico, ma non solo) sempre più egemonico.

Prima di entrare nel merito della questione, presento brevemente il contesto yucateco nel quale ho lavorato con certa regolarità dall'anno 2000 alla data odierna.²

Ho condotto le mie ricerche nel municipio di Kaua, situato nella regione orientale dello stato dello Yucatan, a circa 125 chilometri dalla capitale Merida. Si

1 (cfr Quattrocchi 2006, 2007a). Una sintesi del presente articolo è stata presentata al XXVII Convegno Internazionale di Americanistica di Perugia e pubblicata nei relativi atti (Quattrocchi 2005).

2 Il primo contatto con lo Yucatan è avvenuto tra il 2000 e il 2001 grazie a una Borsa di perfezionamento dall'Università di Padova. Nei sei mesi di soggiorno ho iniziato una ricerca sul ruolo e i saperi delle levatrici maya con il fine di individuare similitudini e differenze con il lavoro delle levatrici lenca dell'Honduras che erano state i soggetti della mia tesi di laurea (Università di Trieste, 1999). Nel 2003 quale dottoranda in Etno-antropologia (Università degli Studi di Roma "La Sapienza") sono ritornata nello Yucatan per altri sei mesi, grazie a una borsa di ricerca semestrale del governo del Messico. Nel 2005 ho concluso il mio percorso dottorale discutendo la tesi "Donne e salute riproduttiva in un villaggio maya dello Yucatan. Il caso della *sobada*", beneficiando dell'attenta direzione di Alessandro Lupo. Dai risultati della tesi è nato il progetto di cooperazione tra Messico e Italia "Il Tempo della Sobada", sostenuto dalla Regione Friuli Venezia Giulia e da 11 enti italiani e 4 enti messicani. Nel gennaio del 2006, come coordinatrice del progetto – che aveva come obiettivo il miglioramento della comunicazione tra operatori sanitari, levatrici e donne indigene – sono ritornata nello Yucatan, lavorando poi fino a dicembre del 2009 come *Profesor Investigador Titular* presso il dipartimento di Medicina Sociale del *Centro de Investigaciones Regionales "Dr. Hideyo Noguchi"* dell'Università Autonoma dello Yucatan.