ResearchGate

See discussions, stats, and author profiles for this publication at: https://www.researchgate.net/publication/337012600

Antropologia dei silenzi. Analisi della violenza ostetrica in Italia

Thesis · November 2019

CITATIONS
0

READS
1,360

1 author:

Elisa Bressan
Università degli Studi di Milano-Bicocca
1 PUBLICATION **0** CITATIONS

SEE PROFILE

Some of the authors of this publication are also working on these related projects:

Anthropological study of CPP in women (Italy) View project

All content following this page was uploaded by Elisa Bressan on 26 November 2020.

The user has requested enhancement of the downloaded file.

ALMA MATER STUDIORUM – UNIVERSITA' DI BOLOGNA

SCUOLA DI LETTERE E BENI CULTURALI

Corso di laurea in

Antropologia, Religioni, Civiltà Orientali

Antropologia dei silenzi

Analisi della violenza ostetrica in Italia

Tesi di laurea in

Antropologia culturale

Relatore: Prof. Ivo Quaranta

Presentata da: Elisa Bressan

Appello

Secondo

Anno accademico

2018-2019

Indice

Introduzione

L'osservazione di un *caso*

Antropologia dei silenzi

1. Concetti, metodi, strumenti

1.1. Per un'antropologia della sofferenza: il dolore del corpo, attraverso il corpo

1.2. Potere, egemonia, violenza simbolica

1.3. Biopotere, norma, violenza strutturale

2. Il silenzio sul corpo e il silenzio incarnato

2.1. Medicina e biopolitica: storia di un incontro

2.2. Antropologia della riproduzione e storia del corpo delle donne

3. Fratture: la critica della violenza ostetrica

3.1. Gli "esiti *negativi* del concepimento"

3.2. Denunciare la violenza ostetrica: l'esperienza italiana

3.3. La violenza ostetrica come violenza strutturale e *governance* riproduttiva

Conclusioni

Bibliografia

Sitografia

Immagine tratta dal documento *Basta tacere! testimonianze di donne*, p.17 (1972).

Introduzione

L'osservazione di un *caso*

Le pagine che seguono sono frutto di un interesse nato da un'esperienza vissuta nell'ottobre dell'anno scorso, dopo essere stata ricoverata per una notte nel reparto di ostetricia e ginecologia di un ospedale della regione Emilia-Romagna. In quelle poche ore sono stata partecipe dello svolgersi dell'assistenza e della cura di un *caso* tra *casi* in particolare e ho potuto osservare l'accadere di numerosi, brevi e rapidi episodi. Il racconto che segue non vuole, dunque, essere l'oggetto principale di uno studio approfondito, ma costituirà il punto di partenza di un percorso riflessivo, fornendo spunti di discussione su alcuni temi fondamentali trattati dall'antropologia. Le circostanze riportate, è necessario sottolinearlo, sono accadute in una serata qualunque, in un posto letto qualunque di una stanza qualunque, in un ospedale qualunque: non forniscono perciò un'utile base di generalizzazione. Tuttavia, sono accadute e quello che verrà indagato è perché in una stanza qualunque, in un giorno qualunque, di un ospedale qualunque è possibile che certi discorsi acquistino sembianze concrete. Le vicende di quelle poche ore ci offrono una cornice entro cui osservare come una moltitudine di vissuti, idee e pratiche si incontrano, scontrano, intersecano, ed esauriscono rapidamente, a volte solo per lo spazio di qualche ora. Come è successo a Rebecca[1], una giovane donna ricoverata nella stanza con me.

Rebecca non parla, piange. Anche quando il marito accanto a lei deve lasciare la struttura. Spegniamo la luce e cerchiamo di dormire. La notte è rumorosa, suonano campanelli, alcuni infermieri sembrano infastiditi. Il mattino seguente, come la sera prima, non ci viene comunicato nulla. Fuori dalla stessa porta un operatore fischietta mentre trasporta una donna sulla barella pronta per un'operazione. Cominciato l'orario di visita arriva il marito: parlano poco e a voce molto bassa, con grande riservatezza. Concluso il tempo a disposizione l'uomo tarda ad

[1] Ho cambiato il nome per preservarne l'anonimato.

andarsene. Un'infermiera si affaccia nella stanza: è visibilmente indispettita e sollecita l'uomo ad uscire dalla struttura:

– L'orario di visita è finito.
– Sì, solo un momento, ora vado.
– Non 'un momento', subito.

Qualche ora dopo, il medico arriva accompagnato da due medici in formazione. Si fermano ai piedi del letto e la specializzanda prende la cartella clinica:

– Buongiorno *(Rivolgendosi alla donna)*. Cosa ha la paziente? *(Agli specializzandi)*
– *(Ad alta voce)* La signora [Cognome], possibile aborto in corso, *(Elenca gli altri sintomi annotati al PS e trascritti dalle infermiere)*.
– Dopo le facciamo una visita.

Una volta rimaste sole Rebecca mi rivolge uno sguardo e iniziamo a parlare. Mi racconta che ha una bambina piccola, di qualche anno. Non si aspettava di essere nuovamente in gravidanza, ma lei e il marito ne erano felici. A quattro settimane dalla scoperta Rebecca ha delle perdite ematiche e si reca per due volte, a distanza di qualche giorno, nel Pronto Soccorso della città in cui vive. Per due volte viene rimandata a casa con la raccomandazione di non preoccuparsene. Dal momento che le perdite, insieme alle sue sensazioni, non si erano interrotte, dopo il lavoro decide di farsi accompagnare qui. Rebecca è nel posto letto a fianco al mio perché non ha creduto fino in fondo che qualcuno potesse sapere meglio di lei, cosa stesse accadendo al suo corpo. Dopo la visita di quella mattina le confermano il sospetto diagnostico. Rebecca mi dice che sarebbe successo comunque, le hanno detto che c'era un'incompatibilità. Un'infermiera entra nella nostra stanza:

– Tu e tu, siete dimesse, lo sapete? Ve l'hanno detto?

(Rebecca ferma la donna prima che esca dalla porta)

– Ma non devo fare un raschiamento? O qualcosa?
– No, non te l'ha detto il medico? Fai tutto a casa da sola.

Antropologia dei silenzi

Le figure e gli spazi di questa vicenda appaiono come il luogo di una ricchissima cristallizzazione di alcuni dei processi culturali che ogni giorno informano le nostre azioni, il nostro modo di guardare il mondo e i nostri corpi. Non sono solo le parole e i gesti a raccontarci molto su ciò che è accaduto a Rebecca quella notte, ma piuttosto la sofferenza e la sua dissimulazione, incarnata nei silenzi e nelle lacrime. La trattazione che segue si propone come obiettivo quello di analizzare i processi storicamente profondi e geograficamente ampi di costruzione culturale, per provare a cogliere il ruolo che queste rappresentazioni hanno «nell'occultare la sofferenza che contribuiscono a produrre» (Quaranta 2007:7). Per farlo proveremo a seguire quei silenzi e l'eco delle voci di chi ha provato a riempirli.

La riflessione di questo lavoro trova il suo punto di partenza nel tentativo di analizzare il fenomeno della *violenza ostetrica* e della sua denuncia, che negli ultimi anni ha conquistato grande spazio nel dibattito pubblico, anche in Italia. Per fare questo è necessario cogliere l'invito dell'antropologia a guardare al fenomeno della violenza «non più come un evento estremo, o l'espressione di uno stato d'eccezione, quanto piuttosto come un fattore che partecipa dei rapporti sociali, producendo valori ed esperienze sino a diventare un elemento organizzatore della società stessa» (Beneduce 2008:18) e che deve, «in qualche misura, nascondere a se stessa quanta sofferenza è imposta agli individui come prezzo della loro appartenenza ad essa» (Quaranta 2007:6). Attraverso gli strumenti concettuali di chi si è interrogato sulle cause di questi disagi, che si presentano in tutta la loro variabilità umana, si cercherà, dunque, di rendere visibili quei meccanismi sia simbolici, che strutturali partecipi delle vite di ogni giorno, spesso senza fare rumore. Nancy Scheper-Hughes ha utilizzato il temine molto efficace di *violenza quotidiana* per «richiamare l'attenzione sulla produzione sociale di indifferenza alla brutalità istituzionalizzata» (Bourgois e Schonberg 2011:36); indifferenza che si cercherà di indagare attraverso il silenzio, filo conduttore di questo elaborato.

Nel primo capitolo verranno affrontati i concetti fondamentali utilizzati dalla riflessione antropologica per approcciarsi alle tematiche del corpo e della sofferenza – in cui questo lavoro

si inserisce – utili per coniugare insieme l'esperienza personale e individuale degli attori sociali senza perdere di vista le dinamiche sociali, politiche ed economiche più ampie in cui queste si trovano ad essere immerse. Introdurremo così il campo di studio della sofferenza e della corporeità utilizzando le parole delle figure che più hanno contribuito agli studi di antropologia medica. Con gli strumenti concettuali di violenza simbolica, violenza strutturale, egemonia e potere tenteremo di riportare alla luce quei processi silenti che ogni giorno hanno luogo nel modellare le nostre esistenze e che, spesso taciti, trovano nei nostri corpi terreni fertili per la loro produzione e affermazione sociale e culturale. Infine, attraverso il contributo di alcuni autori proveremo a mettere in luce in che misura e attraverso quali modalità l'ideologia tenda a farsi sottile e segreta, passando in primo luogo nel corpo e nella carne, attraverso la messa in essere delle pratiche e come proprio attraverso le pratiche, questi luoghi diventino terreni di opposizione, critica e resistenza.

Nel secondo capitolo cominceremo a riportare alcune di queste dinamiche alla loro natura arbitraria, attraverso l'indagine dei processi storici che hanno contribuito a generarle. Metteremo in evidenza lo stretto legame che intercorre tra la nascita della medicina moderna come istituzione e come sapere e la nascita della biopolitica. Inoltre, ripercorreremo le tappe che hanno contribuito, nel Settecento, a rendere i corpi delle donne luoghi pubblici e come questi, investiti di dinamiche di controllo più ampie, siano soggetti a costanti tensioni di esclusione e inclusione all'interno dell'arena politica.

Nel terzo capitolo applicheremo i concetti e gli strumenti presentati per l'analisi degli eventi delle perdite in gravidanza, sottolineando come il vissuto della gravidanza sia culturalmente modellato e socialmente legittimato in virtù delle visioni egemoni incarnate e produttrici di violenza simbolica. Giungeremo quindi all'analisi e allo studio della violenza ostetrica, illustrando inizialmente il caso Italia per poi approdare alla produzione antropologica in materia. Qui, attraverso i risultati di ricerche etnografiche compiute in America Latina proporremo l'interpretazione della violenza simbolica sia come violenza strutturale, sia come modalità di governance della riproduzione.

1. Concetti, metodi, strumenti

1.1. Per un'antropologia della sofferenza: il dolore del corpo, attraverso il corpo

Le considerazioni presentate in questo elaborato, seppur riferendosi principalmente all'ambito medico e alla dimensione del corpo, trovano la loro origine e il loro punto di arrivo nel più ampio tema della sofferenza sociale. Questo concetto, sebbene sia inizialmente emerso internamente al dibattito antropologico medico, rappresenta oggi uno degli argomenti centrali per coloro che si propongono di indagare, in una chiave di lettura interdisciplinare, il fitto legame che intercorre tra l'esperienza soggettiva degli individui, i processi storico-culturali e i più ampi rapporti di potere che orientano le possibilità individuali di esistenza (Quaranta 2006a).

L'analisi antropologica, lontana da generalizzazioni e riduzionismi, ha fatto emergere la sofferenza come un fatto meramente sociale in cui è innanzitutto l'azione umana ad essere implicata nella sua produzione e nella sua plasmazione, nonché nelle modalità attraverso cui il disagio viene nominato, esperito e lenito (Quaranta 2007). Attraverso un'operazione di denaturalizzazione, diventa più semplice apprezzare le differenti modalità attraverso cui la sofferenza si manifesta: se la sofferenza è prodotta socialmente, nella sua espressione, deve assumere necessariamente una forma culturale (Cappelletto 2009). In secondo luogo, restituire l'origine delle cause e delle ragioni di queste esperienze all'agire umano, apre la riflessione da una parte alla possibilità di una trasformazione e di un cambiamento; dall'altra, al riconoscimento delle responsabilità di chi questo disagio ha contribuito a produrlo. Generalmente le esperienze di sofferenza possono presentarsi in corrispondenza, per esempio, del manifestarsi di una malattia, in situazioni di sfruttamento e deprivazione, di oppressione o degradazione, ma anche in situazioni che possono rimanere inizialmente nascoste al nostro sguardo. Tuttavia, se è vero che i significati culturali possono essere elaborati in modi differenti, a legare questi vissuti sembra esserci non solo un rapporto disagiato fra i soggetti e l'ordine sociale, ma anche le modalità attraverso cui questo rapporto complesso viene affrontato (*ibidem*). Le narrazioni

prodotte dai resoconti antropologici «rivelano come le idiosincrasie, i conflitti di interesse e gli scopi contrastanti dell'esistenza personale, vissuti sotto l'arduo vincolo dei processi di malattia, siano in realtà modellati in forme riconoscibilmente condivise» (Kleinman & Kleinman 2006:207). L'apprendimento delle modalità attraverso cui esperire la sofferenza si realizza attraverso l'esposizione pratica, il più delle volte senza esserne coscienti: in modo silente ed implicito *incorporiamo* valori e disposizioni che a loro volta traduciamo e decliniamo individualmente nelle pratiche (*habitus*). È il corpo ad essere centrale nella realizzazione di questi processi ed è proprio in virtù del fatto che la riflessione antropologica è giunta innanzitutto a problematizzare la corporeità, sia come processo personale che storico-sociale, che il concetto di sofferenza, come anche quelli di corpo, salute e malattia, sono emersi in quanto prodotti umani, suscettibili di riflessione, analisi e studio (*ibidem*). Prima di esaminare le rappresentazioni e le costruzioni culturali che investono le dinamiche degli argomenti trattati in questa sede, presenteremo ancora alcune considerazioni fondamentali per rendere un'indagine sul corpo e attraverso il corpo consapevole e proficua.

In "*The mindful body: a prolegomenon to future work in medical anthropology*" (1978), le autrici Margaret Lock e Nancy Scheper-Hughes, sottolineano come, anche all'interno dell'antropologia medica, diversamente da altri argomenti, la biomedicina e la scienza sociale occidentali siano state a lungo esenti dall'indagine epistemologica. Avviato il movimento critico volto a rivalutare il riduzionismo della scienza in generale, non solo i concetti e gli oggetti della ricerca, ma anche la conoscenza prodotta su di essi, sono diventati oggetto di studio e rivalutazione. Una volta aperto all'analisi transculturale, è stato messo in evidenza che la peculiarità del sistema biomedico moderno, al contrario di altri sistemi non occidentali, è quella di compiere una forte distinzione tra il corpo e il sé (Lock & Scheper-Hughes 2006) – concezione ereditata direttamente dal dualismo cartesiano. Alla luce di questa rilettura storica dei fondamenti epistemologici della medicina occidentale, più comprensibili diventano le separazioni della malattia e della cura, delle competenze disciplinari e delle modalità attraverso cui fare esperienza degli eventi di malattia (in quanto quest'ultima può risiedere, a seconda dei casi, nella mente o nel corpo). Questa frammentazione dell'individuo e del suo vissuto si applica e riflette anche nelle metafore e nel linguaggio utilizzato nelle società occidentali moderne per descrivere e parlare del proprio corpo:

> We rely on the body-as-machine metaphor each time we describe our somatic or psychological states in mechanistic terms, saying that we are "worn out" or "wound up" or when we say that we are "run down" and that our "batteries need recharging". In recent years the metaphors have moved from a mechanical to an electrical mode (we are "turned off", "tuned in", we "get a charge" out of something), while the computer age has lent us a host of new expressions, including the all-too-familiar complaint: "my energy is down" (Lock & Scheper-Hughes 1978:23).

Tuttavia, il corpo non rimane un oggetto passivo dei processi di plasmazione sociale e culturale, non viene a configurarsi solamente come terreno di apprendimento, ma anche e soprattutto come terreno di produzione, proprio perché la cultura vive e si realizza attraverso la sua messa in pratica. In una versione riveduta e ampliata dell'articolo[2], infatti, emerge con maggior chiarezza come il corpo stesso assuma un ruolo attivo nella produzione di quei discorsi in cui si trova ad essere immerso. Il *corpo* viene a delinearsi come soggetto privilegiato della ricerca proprio in virtù del fatto di essere *soggetto partecipe* alla produzione di pratiche e significati. È allora il corpo stesso ad essere in primo luogo culturalmente informato, così come le esperienze somatiche, che rappresentano veri e propri discorsi sociali senza il bisogno di essere mediati da categorie cognitive per assumere un qualsivoglia significato (Quaranta 2006a). È in questi termini che la malattia «emerge come una *tecnica del corpo*, come un *linguaggio* che richiede un'interpretazione capace di dipanare il fitto intrico di esperienze personali, processi culturali e *forze* sociopolitiche che vengono vissute nell'immediatezza dell'esperienza» (XIX).

Pertanto, per una riflessione che aspiri a rivolgere il suo sguardo verso le ragioni e i significati della sofferenza attraverso la corporeità, l'invito è quello di intrecciare senza soluzione di continuità «un'antropologia *dal* corpo» e «un'antropologia *del* corpo, la prima attenta a ciò che il corpo fa e produce, la seconda tesa a indagare ciò che viene fatto al corpo, come viene prodotto e costruito storicamente. Solamente combinando queste due prospettive la malattia può emergere come un processo (e non un un'entità come vorrebbe la biomedicina) che è tanto personale quanto storico-sociale, prodotto e produttivo insieme» (XVII).

[2] Tradotto in Quaranta 2006.

1.2. Potere, egemonia e violenza simbolica

Nel paragrafo precedente è stato messo in luce quanto gli individui, attraverso le pratiche, siano partecipi ai processi di produzione culturale dei loro stessi significati, capaci di dare forma alle nostre esistenze. Se, in quanto soggetti, ci appropriamo di repertori ampiamente condivisi, nell'apprenderli li decliniamo, tuttavia, in modo del tutto personale. Le stesse pratiche, dunque, vengono a configurarsi inevitabilmente come intersoggettive in quanto, seppur prodotte nella nostra intima individualità, rimangono articolazioni personali di repertori collettivi. Tuttavia, queste interpretazioni possono configurarsi non compatibili con l'ordine sociale, dal momento che non sempre possono trovare piena legittimità nel loro venir posti in essere. È così che la dimensione del *potere* entra in gioco nell'analisi dei processi culturali, risultandone una componente ineliminabile. Tenteremo ora di analizzare le modalità e i meccanismi attraverso cui questi processi sono capaci di generare esperienze di sofferenza. Muovendo dal presupposto per cui, in nessun caso, i significati di ordine culturale rimangono assoluti e neutrali, l'obiettivo è quello di indagare non solo le dinamiche di *costruzione*, ma anche quelle di *costrizione* che quotidianamente ci coinvolgono.

Il sociologo Pierre Bourdieu introduce il concetto di violenza simbolica per spiegare il legame esistente tra pensiero, pratiche e più ampie strutture di dominazione sociale. Quella simbolica è una violenza silenziosa, che rischia di essere inscritta nelle stesse categorie attraverso cui interpretiamo il mondo e diamo senso alla realtà, proprio perché interiorizzata nelle disposizioni che informano le nostre azioni (*habitus*). Philippe Bourgois e Jeff Schonberg in *Reietti e fuorilegge* (2011), un'illuminante etnografia della violenza nella metropoli americana, si riferiscono in particolare a questo concetto per comprendere e descrivere i «meccanismi che portano i subordinati a misconoscere la diseguaglianza quale ordine naturale delle cose e a biasimare se stessi per la propria posizione all'interno della gerarchia sociale. Attraverso la violenza simbolica le diseguaglianze sono presentate come realtà di senso comune, e si riproducono a livello subconscio nelle categorie ontologiche condivise dalle classi e dai gruppi di una determinata società» (36).

Le disuguaglianze e la sottomissione possono essere perciò incorporate e produttrici di sofferenza in quanto somministrano la loro esistenza, attraverso le pratiche, come ordine natural necessario delle cose, legittimando o meno come i significati e le costruzioni culturali condivise

vengono articolati dai soggetti. Le visioni del mondo volte a giustificare in questi termini gli assetti sociali, nei quali gli individui si trovano ad agire, sono definite ideologie (Schultz & Lavenda 2014). Queste forme di delegittimazione possono portare gli individui a vivere in modo problematico la relazione con se stessi e gli altri, creando *fratture* capaci di produrre sofferenza. Ancora una volta dobbiamo riuscire a rivolgere la nostra attenzione a queste fratture, restituendogli il loro carattere arbitrario, rintracciando l'origine della loro generazione all'azione umana, denaturalizzandole, per aprire possibilità in primo luogo di critica e successivamente di trasformazione e cambiamento.

Le modalità attraverso cui le ideologie riescono ad assumere posizioni di potere sono state ampiamente individuate e discusse dal filosofo Antonio Gramsci. Intorno agli anni Trenta Gramsci osservò innanzitutto che il governo di tipo coercitivo è spesso costoso e instabile. Migliori risultati possono invece essere ottenuti se i governanti riescono a persuadere e far accettare il loro dominio come legittimo ai dominati. Per raggiungere tale scopo possono da una parte offrire benefici reali e materiali, dall'altra disseminare un'ideologia che legittimi e giustifichi la loro dominazione attraverso le istituzioni proposte all'educazione e all'insegnamento (*ibidem*). Quando queste concessioni riescono a non sovvertire la posizione privilegiata dei gruppi dominanti, è allora che si sarà riusciti a stabilire quella che Gramsci definisce un'*egemonia*, una forma di potere fondata non sulla forza della coercizione, ma su quello della persuasione. Infatti, «un'egemonia vincente implica l'intreccio tra le concezioni dei gruppi dominanti e dei subordinati, in quello che appare come un accomodamento reciproco» (195). Il potere e la sottomissione non sono, dunque, agiti dai dominanti, ma dai dominati stessi, attraverso la collaborazione partecipe a questi meccanismi. Alla luce di queste riflessioni, il concetto di *violenza simbolica*, unitamente a quello di *egemonia*, mette in luce come determinate rappresentazioni e significati, una volta trasformati in ideologia, possano essere l'origine (e arrivare a produrre) forme di violenza e di sofferenza nel momento in cui le esperienze articolate dagli attori sociali si configurano come non conformi, non legittime, rispetto ai valori egemonici. Se, dunque, esiste un rapporto costituivo tra la nostra esperienza, i nostri vissuti e le rappresentazioni che ci guidano attraverso di esse, è anche vero che questo rapporto non è determinante, né tanto meno lineare. L'egemonia, infatti, «non è mai assoluta bensì sempre vulnerabile a contestazioni» (*ibidem*): i soggetti possono posizionarsi, consciamente o meno, in modo critico rispetto a questi valori attraverso l'elaborazione di pratiche alternative.

Al venir meno di altre possibilità di espressione legittime è ancora una volta il *corpo* (e con esso la malattia) ad assurgere a metafora e mezzo per manifestare la propria sofferenza. L'uso della corporeità come espressione più o meno concreta di dissenso può trasformarsi, a volte, in vere e proprie forme di resistenza ed esprimere la propria critica nei confronti dell'ordine precostituito, più o meno consapevolmente. Nel saggio di Lock e Scheper-Hughes, ad esempio, viene messo in luce come la malattia e il disagio possano essere reinterpretati come «atti di rifiuto o di parodia, una forma di protesta (sebbene spesso inconscia) contro ideologie e ruoli sociali oppressivi» (Lock & Scheper-Hughes 2006:184), con particolare enfasi sui soggetti appartenenti a classi subordinate che con più difficoltà hanno accesso alla partecipazione politica – tra cui le donne. O ancora, da un'attenta analisi culturale della riproduzione intitolata "*The woman in the body*" (1987), Emily Martin rintraccia diversi esempi di resistenza e opposizione delle donne in riferimento al contesto medico, tra cui «the often inchoate anger associated with PMS and menopause, the silence of working-class women on scientific views of menstruation, the many ways women to try to resist the imposition of the production model during birth and strive to create different meanings» (Martin 2001:181). Insieme a questi esempi, vanno considerati anche i tipi di comportamento istituzionalizzato che di frequente compaiono dagli scritti di antropologia medica come «le accuse di stregoneria, di magia, il malocchio, il pettegolezzo, l'uso della trance o i riti organizzati di inversione e i giochi di fantasia» (Lock & Scheper-Hughes 2006:183). Ma non occorre allontanare di molto il nostro sguardo per citare il caso europeo dell'isteria tra Diciottesimo e Diciannovesimo secolo, emblematico per comprendere come la sofferenza possa essere insieme il prodotto di un oppressivo ordine sociale e rappresentazione di una protesta incarnata contro quest'ultimo. Il disagio femminile rispetto agli assunti culturali che relegavano la donna al ruolo procreativo, causandone l'esclusione sociale, veniva incorporato ed esperito mediante un movimento dell'utero disordinato, che veniva per questo rimosso come terapia, in quanto riconosciuto come causa di quella sofferenza localizzata nell'apparato riproduttivo malfunzionante (Martin 1987). In questa trattazione vedremo inoltre come i parametri egemonici riguardanti non solo il corpo, ma anche la salute, la cura, la famiglia e la genitorialità sono oggi oggetto di contestazione oltre che da singoli individui, anche da parte di «coppie, gruppi di interesse o movimenti sociali impegnati a combatterne gli effetti sulle loro esistenze» (Mattalucci 2017:XXV) e con questa chiave di lettura viene interpretata la comparsa di «associazioni e gruppi di auto-mutuo aiuto per

l'infertilità, le perdite in gravidanza, la fecondazione medicalmente assistita, l'adozione, le famiglie omogenitoriali, i genitori con figli disabili ecc.» nei termini di forme di critica e resistenza (*ibidem*).

La dimensione biologica e la biomedicina sono oggi oggetto di grande interesse per l'antropologia proprio perché, per gli attori sociali, «di tutte le opzioni culturali atte a esprimere il dissenso» il corpo e la malattia appaiono come i modi più sicuri per «mettere in scena un'opposizione [*in quanto*] viene predisposto uno spazio istituzionalizzato dal quale comunicare paura, ansia e rabbia» (Lock & Scheper-Hughes 2006:184). È proprio nella definizione di queste categorie che il potere fa sentire la propria presenza nella contemporaneità, come cercheremo di approfondire nel prossimo paragrafo.

1.3. Biopotere, norma, violenza strutturale

Per comprendere meglio come la violenza simbolica si sovrapponga a più ampi fenomeni sociali, introduciamo ora, senza proporsi di voler esaurire l'argomento, la lettura del potere data da Michel Foucault, utile per comprendere il nesso con la dimensione del corpo. Secondo il filosofo, nel corso della modernità è avvenuto un sostanziale mutamento delle modalità di *governance* attuate dallo Stato, passate da una logica di sovranità, che impone l'obbedienza attraverso la repressione violenta, a una logica che promuove il generale benessere e la salute dei propri cittadini. I meccanismi del controllo, tra la fine del XVIII e il corso del XIX secolo, sono passati dal terrore e dalla tortura imposti dall'esterno a un'*autodisciplina interiorizzata* che gli individui impongono alle proprie menti e al proprio corpo come un obbligo quasi morale. Se fino a quel momento l'esercizio dello Stato era caratterizzato dal potere di dare la morte, si distingue ora per la possibilità di *laisser mourir* e il termine 'biopotere' si riferisce precisamente alla presa in carico da parte del potere di favorire e sviluppare la vita che diventata il criterio in base al quale il potere viene esercitato.

Ancora una volta, i meccanismi attraverso cui questo controllo si realizza non sono sempre direttamente evidenti ed espliciti. Il disciplinamento e la sorveglianza sono in parte attuati dalle istituzioni attraverso il controllo e il monitoraggio non più del popolo, ma della

popolazione, nuovo soggetto dell'amministrazione statale, studiata attraverso le nuove discipline matematiche della statistica e della demografia; e in parte realizzati in maniera più silente e inconscia dagli e negli individui stessi (scoperti nella loro dimensione biologica) mediante il silente nesso sapere/potere. Foucault invita a rinunciare all'idea per cui la nascita di un sapere non possa esistere se estranea a rapporti di potere, delle sue esigenze e interessi. Non può esistere un sapere per il sapere, e viceversa, ma «bisogna piuttosto ammettere che il potere produce sapere (e non semplicemente favorendolo perché lo serve, o applicandolo perché utile); che potere e sapere si implicano direttamente l'un l'altro; che non esiste relazione di potere senza correlativa costituzione di un campo di sapere, né di sapere che non supponga e non costituisca nello stesso tempo relazioni di potere» (Foucault 1976:31).

Quella esercitata dal potere, produttore di sapere, è una forma di autocontrollo resa possibile, in primo luogo, in virtù del processo di *autosoggettamento* che investe gli individui la cui vita è intesa limitatamente nei termini di esistenza biologica. Sono i corpi ad essere al centro delle pratiche di disciplinamento, intesi come contenitori di dati biologici, che tuttavia «non individuano, ma enumerano costanti di una biologia che riguarda la popolazione come insieme, divisa, secondo norma, per ciò che è adeguato alle diverse età della vita» (Putino 2011:13). I termini come *assoggettamento* e *soggettivazione* – che descrivono precisamente l'azione di divenire soggetto a un potere, pongono una netta distanza dal termine *individuazione*, in quanto l'idea di soggettività non implica una capacità di azione individuale o un autoriconoscimento, ma considera il profilo demografico e il temperamento psicologico come caratteristiche date per scontate, non come categorie innate, ma prodotti dal discorso culturale della modernità (Bourgois & Schonberg 2011). Per Foucault, la soggettività è un'anima che imprigiona il corpo, in grado di produrre soggetti attraverso la loro attiva partecipazione che, in virtù della responsabilità verso se stessi e le generazioni future, si conformano ai modelli di scientificità, progresso e benessere. La capacità di governare insieme sul singolo e sulla massa e allo stesso tempo di soggettivare i corpi senza individuarli è resa possibile grazie al concetto di *norma*. Questo potere si realizza attraverso la costante differenziazione dei soggetti gli uni rispetto agli altri, in funzione della norma, il cui valore viene determinato in riferimento a una soglia minimale, a una media da rispettare o a un livello ottimale da raggiungere. La norma misura in termini quantitativi e gerarchizza nei termini di un valore la natura e la capacità degli individui, producendo una costrizione di conformità entro i confini dei livelli a cui avvicinarsi e, infine, «traccia il limite per

stabilire l'anormale. In una parola, normalizza» (Foucault 1976:211). La capacità di normalizzazione costringe all'adesione di valori che si presentano come assoluti e che sono invece nati a stretto contatto delle discipline statistiche. Tuttavia, il concetto di normalità, si rivela essere profondamente relazionale in quanto riferito a dei valori arbitrari ricavati via via, appunto, da una soglia minimale, da una media o da un livello ottimale ideale.

Dal volume intitolato *Il normale e il patologico* (1966) di Georges Canguilhem emerge come, in ambito medico, la normalità non sia una *media da riferirsi a* un concetto sociale, ma a un giudizio sul valore estrapolato dalla realtà, che tuttavia descrivono le possibilità d'azione e di esistenza di un individuo, mettendo in luce come questo concetto sia, dalla fisiologia e dalla medicina delle malattie organiche, utilizzato quotidianamente, senza tuttavia curarsi in qualche misura di precisare il senso di questi valori e di queste parole (Canguilhem 1998). Complice, la sovrapposizione dei termini di 'anomalia' e 'anormalità' ha fatto sì che «dal proprio punto di vista oggettivo, il medico voglia vedere nell'anomalia soltanto lo scarto statistico, dimenticando che l'interesse scientifico del biologo è stato suscitato dallo scarto normativo» (106), da quelle anomalie che sono patologiche in quanto limitano la normalità dell'individuo. Ma «non è agli scarti statistici, nel senso di semplici varietà, che si pensa quando si parla di anomalie, bensì alle difformità nocive o addirittura incompatibili con la vita; e ad esse si pensa riferendosi alla forma vivente o al comportamento del vivente non come a un fatto statistico, ma come a un *tipo normativo di vita*» (106). Nel paradigma biopolitico le dinamiche i saperi della biologia vengono presto trasposti all'ambito sociale (Putino, 2011) e in un altro passaggio del volume di Canguilhem è possibile coglierne con maggior chiarezza gli effetti meno evidenti di questa compenetrazione:

> Se è vero che il corpo umano è in un certo senso un prodotto dell'attività sociale, non è assurdo supporre che la costanza di certi tratti, rivelati da una media, dipende dalla fedeltà conscia o inconscia a certe norme di vita. Di conseguenza, nella specie umana, la frequenza statistica non esprime soltanto una normatività vitale, ma una normatività sociale. Un tratto umano non sarebbe frequente in quanto normale, vale a dire normativo, ma frequente in quanto normativo in un genere di vita dato (127).

Proprio in queste righe è possibile cogliere i rischi dell'assumere la norma come modelli di comportamento, di essere, di stare al mondo e l'intreccio del potere con il concetto di violenza simbolica. Conformare le proprie esistenze e i propri corpi a una normalità ideale apre la strada e rappresenta costantemente una possibile via di patologizzazione, in quanto lo stesso concetto di salute è espressione e imperativo di normatività. La popolazione degli studi di Foucault è infatti letta attraverso l'analisi delle prigioni, delle scuole, dei manicomi e degli ospedali; tutti luoghi indirizzati alla collettività che producono e riproducono una normalità e ne normalizzano le devianze (Cossutta 2015). È alla luce del nesso sapere/potere e di come le discipline scientifiche siano state rivolte all'ambito sociale e medico – emergendo come criteri sia di definizione della modernità che del valore individuale dei soggetti, che possiamo leggere con maggior chiarezza il legame profondo che rimanda la sofferenza sociale a un ordine più ampio della sola esperienza individuale.

Introduciamo, dunque, il concetto di violenza dal medico e antropologo Paul Farmer. Attraverso di esso diventa possibile rileggere le dinamiche della sofferenza nel loro indissolubile legame con il potere e con i processi di produzione che hanno per soggetto la società stessa e le sue disuguaglianze. Il tipo di violenza esercitata in modo sistematico e indiretto, che l'antropologo definisce *strutturale*, mira a informare lo studio dei meccanismi sociali dell'oppressione, in cui un ruolo fondamentale è giocato dalla desocializzazione e dalla cancellazione della memoria storica delle condizioni all'origine della sofferenza sociale e individuale, che sono tanto 'peccaminose' quanto, apparentemente, 'colpa di nessuno' (Farmer 2006). Quello di Farmer è un tipo di approccio che è stato in grado di cogliere sia l'incorporazione personale della storia, che la materialità sociale nelle storie e nella biografia di individui in carne e ossa, nonché di inserire le dinamiche studiate ed osservate nelle più ampie strutture di potere che ne informano i processi (Quaranta 2006b).

Quelle analizzate in questa sede sono modalità di violenza che si dipanano nell'intreccio tra dinamiche simboliche e strutturali, operate dalle modalità di organizzazione politica ed economica dell'ordine sociale e che esercitano maggiormente la propria influenza, seppur in modo indiretto, sulle categorie più vulnerabili della società. Attraverso il concetto di *habitus* è possibile cogliere come il potere strutturale si traduca quotidianamente in intimi modi di essere che legittimano diseguaglianze sociali le quali si manifestano in forma di patologie, abusi e impossibilità di accedere ai servizi. Nel prossimo capitolo procederemo a indagare i processi

storici che hanno contribuito a produrre queste forme di violenza per socializzarne la natura, far emergere il corpo come un processo storico e mettere in luce come il ‘rischio statistico’ non sia dettato dal fato, bensì una responsabilità politica (Quaranta 2006a).

2. Il silenzio sul corpo e il silenzio incarnato

2.1. Medicina e biopolitica: storia di un incontro

Nella riflessione proposta da Michel Foucault, introdotta nel capitolo precedente il governo degli individui non si realizza solo attraverso l'ideologia, ma soprattutto nel corpo e con il corpo, per mezzo del nesso sapere/potere, del concetto di norma e delle dinamiche di assoggettamento e soggettivazione. Quello che ci proponiamo in questo paragrafo è di ricercare ed analizzarne le radici storiche dell'avvio di questi processi – rintracciabili sul finire del Settecento, per meglio comprendere come il corpo sia arrivato oggi ad essere una realtà biopolitica e la medicina la sua strategia (Foucault 1997). Per farlo seguiremo alcuni passaggi testuali contenuti nel volume *La nascita della clinica* (1963) e nel saggio *La politica della salute nel XVIII secolo* (1976)[3].

Secondo il filosofo, quello avviato nel XVIII secolo è un processo bifronte. La grande medicina del Diciannovesimo secolo, che proprio in quell'epoca si andava strutturando, non può essere separata dallo sviluppo di una pianificazione della politica della salute. Il loro sguardo sulle malattie si stava trasformando, diventando ora un problema politico ed economico la cui risoluzione si presenta alla collettività come un obiettivo comune e decisione d'insieme (Foucault, 1997). Per Foucault il polo di organizzazione, di controllo e di iniziativa di questa noso-politica non è da situare unicamente negli apparati di Stato, né in un suo intervento uniforme nella pratica medica, ma piuttosto nell'emergere della «salute di tutti come urgenza per tutti, lo stato di salute di una popolazione come obiettivo generale» (189).

Una delle caratteristiche del biopotere, come abbiamo già accennato, è la capacità di tenere insieme sia la dimensione individuale che quella collettiva, caratteristica per altro insita anche nella medicina moderna, che Foucault definisce socializzata, una vera e propria tecnologia

[3] Contenuto in *Archivio Foucault. Interventi, colloqui, interviste. Vol. 2: poteri, saperi, strategie*.

del corpo sociale. Infatti, se fino alla fine del XVII secolo il farsi carico collettivo della malattia avveniva attraverso i poveri, nel corso del secolo successivo, per mezzo di un incasellamento serrato della popolazione e la distinzione in categorie di infelici, si disegna un'utilitaria suddivisione della povertà, in cui il problema della malattia dei poveri appare legato all'imperativo della produzione e del lavoro. Con l'assunzione della salute come obiettivo da parte del potere politico cambia anche il soggetto a cui è destinata l'assistenza statale: «non si tratta più di del sostegno a una frangia particolarmente fragile – perturbata e perturbatrice, della popolazione, ma del modo in cui si può innalzare il livello di salute del corpo sociale nel suo insieme. I diversi apparati di potere devono farsi carico dei "corpi", non solo per assicurare castighi o estorcere le tasse, ma per aiutarsi, se necessario per costringerli, a garantire la loro salute» (190).

Alle funzioni di *pax et justizia* esercitate tradizionalmente dal potere, e quelle di mantenimento dell'ordine e di arricchimento aggiuntesi alla fine Medioevo, si somma ora quello di salute. L'esercizio di queste funzioni è sostenuto e garantito da quell'insieme di istituzioni e regolamentazioni che prenderanno, nel Diciassettesimo secolo, il nome di *police*.

> Nel momento in cui [...] si delinea nella sua specificità economica il problema della malattia dei poveri, la salute e il benessere fisico delle popolazioni appaiono come un obiettivo politico che la *police* del corpo sociale deve assicurare a fianco alla regolazione economica e alle costrizioni dell'ordine. L'importanza improvvisamente assunta dalla medicina nel XVII secolo ha il suo punto d'origine lì dove si incrociano una nuova economia 'analitica' dell'assistenza e l'emergere di una *police* generale della salute,

che si tradurranno poi negli obblighi e nei servizi della polizia medica (*ibidem*), esposti nei relativi trattati – tra cui *System einer medicinischen Polizey* (1779-1790) di Johann Peter Frank, figura che incontreremo anche nel paragrafo successivo.

Parallelamente, l'approccio medico-scientifico al fenomeno delle epidemie andava modificando il suo sguardo, delineando la necessità di utilizzare ora «un metodo complesso d'osservazione. Fenomeno collettivo, [*l'epidemia*] esige uno sguardo molteplice; processo unico, bisogna descriverla in ciò che ha di singolare, d'accidentale, d'inatteso. Si deve descrivere l'avvenimento sin nei dettagli, ma trascrivendolo anche secondo la coerenza che implica la

percezione di parecchi: conoscenza imprecisa, mal fondata sinché è parziale, incapace d'accedere da sola all'essenziale che nella sovrapposizione delle prospettive, in un'informazione ripetuta e rettificata, che alla fine sorprende, là dove sguardi s'incrociano, il nucleo individuale ed unico di questi fenomeni collettivi» (Foucault 1969: 38-39). Nello studio e nella lotta dell'epidemie, alla fine del Diciottesimo secolo, si sta istituzionalizzando una forma di esperienza d'indagine collettiva e comune, di stretta comunicazione tra medici, chirurghi e sindaci, che «non può assumere pieno significato se non a patto di essere spalleggiata da un intervento costante e costrittivo. Non ci potrebbe essere medicina delle epidemie se non affiancata da una polizia» (*ibidem*). È in questo periodo storico che «l'esperienza medica e il controllo del medico sulle strutture sociali, la patologia delle epidemie e quella della specie si trovano di fronte alle stesse esigenze: la definizione di uno statuto politico della medicina e la costruzione, su scala statale, d'una coscienza medica, preposta ad un compito costante d'informazione, di controllo, di costrizione; cose tutte che "comprendono tanti oggetti relativi alla polizia quanti ce ne sono di specifica competenza della medicina"» (40). Lo sguardo medico si distacca ed assume piena autonomia, «non viene controllato che da se stesso; distribuisce sovranamente all'esperienza quotidiana il sapere che, da molto lontano, le ha preso a prestito, e di cui si è fatto punto di convergenza e il centro di irradiamento insieme» (45).

Inizia a profilarsi, insomma, quello che Foucault chiama il fenomeno della *medicalizzazione*, ovvero l'estensione della competenza e dell'interesse medico agli ambiti della vita quotidiana: «in essa lo spazio medico può coincidere con lo spazio sociale o meglio attraversarlo e penetrarlo interamente. Si comincia a concepire una presenza generalizzata dei medici, i cui sguardi incrociati s'intrecciano a rete ed esercitano in ogni punto dello spazio, in ogni momento del tempo» (*ibidem*). Come se la sorveglianza e la presenza costante dei medici non bastassero, ci si preoccupa che la coscienza individuale di ogni singolo sia mossa e allertata medicalmente. Per quanto possibile, i cittadini dovranno essere informati sulle conoscenze in medicina per ogni campo del quotidiano e il medico assumerà la funzione e il ruolo sia di sorvegliante che di insegnante, perché «il miglior modo per evitare la propagazione della malattia rimane pur sempre quello di diffondere la medicina» (46).

Questi obiettivi, che l'organizzazione medica si propose inizialmente, esprimibili in una medicalizzazione tale da rendere non più necessarie né accademie né ospedali, ovviamente non si realizzarono nella loro totalità e svaniranno con il passare del tempo. Tuttavia, hanno svolto un

ruolo centrale nella ridefinizione della disciplina. In una certa misura, il progetto iniziale della medicina ha legato il suo destino a quello degli stati, facendo così apparire nella disciplina un significato essenzialmente positivo (Foucault 1976): la medicina «non deve essere più il *corpus* delle tecniche della guarigione e del sapere che richiedono; essa comprenderà anche una conoscenza dell'uomo in salute, cioè un'esperienza dell'uomo non malato e una definizione dell'uomo modello insieme» (50). È in questa contingenza di eventi che, rispetto alle esistenze umane, la scienza medica assume il carattere normativo a cui si riferiva Canguilhem, che l'autorizza non solo a dispensare consigli e indicazioni per una vita più sana, ma incarica se stessa di sostenere i rapporti morali e corporei prima dell'individuo e poi della società stessa (*ibidem*).

Se fino alla fine del Diciottesimo secolo il concetto di 'normale' restava in qualche modo implicito all'interno del pensiero medico, funzionale solo come prospettiva per collocare la malattia, nel corso del Diciannovesimo assume un proprio contenuto e un proprio corpo. Dal concetto di 'normale' si dispiegherà la conoscenza fisiologica delle esperienze di malattia, non più interesse marginale della disciplina, ma perno di tutta la riflessione medica.

Per Foucault, il prestigio accordato in generale alla scienza della vita nel XIX secolo non è da riferirsi alla trasferibilità dei concetti biologici e alla loro comprensione, bensì alla disposizione di questi concetti in uno spazio che, strutturalmente e in maniera profonda, corrispondeva alla più generica opposizione tra sano e morboso. Difatti, la polarizzazione tra patologia e normalità è lo sfondo a cui ci si riferisce quando si parla di vita in generale: «se le scienze dell'uomo sono apparse al naturale prolungamento delle scienze della vita, non è perché fossero biologicamente sottese, bensì perché lo erano medicalmente» (50). La loro riflessione ha come punto di origine la malattia e si sviluppa sul continuo confronto tra positivo e negativo, tra uomo in salute e uomo malato. Da qui «il carattere singolare delle scienze dell'uomo, che non è possibile distaccare dalla negatività in cui sono parse, legate come sono anche alla positività ch'esse situano, implicitamente, come norma» (51).

La stretta compenetrazione, avvenuta a partire dal XVIII secolo, dell'istituzionalizzazione e definizione sia degli apparati statali di controllo che della disciplina medica rende più leggibile il nesso sapere/potere attraverso cui gli individui prendono parte ai processi di assoggettamento e soggettivazione. Come emerge dalle analisi di Foucault, biopolitica e medicina condividono l'imperativo positivo del benessere che si concretizza in

un'ideale di salute, condizione definita in stretta contrapposizione alla malattia. Viene da sé che le politiche di medicalizzazione non sono sempre imposte, ma spesso condivise dalla stessa popolazione, in virtù di quel senso di responsabilità e di speranza salvifica incarnato nel raggiungimento della norma e nella coscienza cittadina medicalmente informata che ora coincide con la nuova coscienza medica. Quelle della biopolitica sono quindi modalità di potere oblativo che rendono, tuttavia, più difficile esprimere una qualche forma di resistenza: il biopotere, «identificando tendenze, linee di sviluppo, livelli di normalità e benessere da ricercare [...] e attraverso l'intreccio con il sapere e i discorsi di verità, afferma di agire per il bene degli individui, accrescendo il loro benessere» (Cossutta 2015:122).

È proprio attraverso l'assunzione della tutela del progresso e della salute dei cittadini, che la biopolitica rivolge il suo sguardo in primo luogo alla sessualità, «elemento di connessione di due assi lungo i quali si è sviluppata tutta la tecnologia politica della vita» (Foucault 1991:129). Questo dispositivo partecipa insieme sia alle discipline del corpo che alla regolazione delle popolazioni, in quanto si inserisce su due registri per cui «dà luogo a sorveglianze infinitesimali, a controlli istante per istante, ad organizzazioni dello spazio di un'estrema meticolosità, ad esami medici o psicologici interminabili, a tutto un micropotere sul corpo; ma dà luogo anche a misure massicce, a stime statistiche, ad interventi che prendono di mira l'intero corpo sociale o gruppi presi nel loro insieme Il sesso è contemporaneamente accesso alla vita del corpo ed alla vita della specie» (*ibidem*). Foucault raggruppa le tecniche prodotte da questo dispositivo, a partire dal XVIII secolo, in quattro modalità differenti: l'isterizzazione del corpo della donna, saturo di sessualità, che ha portato a una medicalizzazione minuziosa del corpo e del sesso delle donne (in nome della salute verso i figli, dell'integrità dell'istituzione famigliare e della società); la pedagogizzazione del sesso del bambino; la psichiatrizzazione delle condotte del piacere perverso; la socializzazione delle condotte procreatrici, economica, politica e medica. Ed è su quest'ultima forma che verterà il paragrafo successivo.

2.2. Antropologia della riproduzione e storia del corpo delle donne

A partire dal XVIII secolo, i corpi delle donne sono diventati il punto di incontro di quei saperi e di quei poteri che ne disegnano i confini e ne stabiliscono le forme, contribuendo al processo di subordinazione e soggettivazione delle donne (Cossutta 2015). Investiti dello sguardo politico e da quello medico diventano dei luoghi pubblici, territori da controllare per il loro ruolo centrale nella riproduzione e produzione della società stessa, ma esclusi dalle decisioni politiche che li riguardano. In quanto l'interesse è rivolto alla loro capacità di generare, il nostro percorso procederà ora nell'analizzare, attraverso uno sguardo antropologico, il terreno più ampio della riproduzione e, con una lente più storica, i cambiamenti avvenuti nella sfera del parto e successivamente della gravidanza, in quanto momenti emblematici dell'incontro tra scienza e saperi medici e misure di controllo politico.

Sebbene l'antropologia, a partire degli anni Settanta, abbia messo in luce il suo «carattere culturalmente costruito, socialmente strutturato e politicamente governato» (Mattalucci 2017: XV), la sfera della riproduzione, nelle sue sfumature biologiche e sociali, è ancora oggi oggetto di una forte naturalizzazione. Le traiettorie riproduttive sono spesso percepite dagli attori sociali come un processo lineare dove la nascita, lo sviluppo sano dei bambini e la formazione di un nucleo famigliare seguono necessariamente sia l'atto del concepimento che il desiderio di genitorialità (Mattalucci 2017). Indagare le radici storiche dei prodotti culturali significa sottrarli al terreno della fissità e restituire, a queste finzioni drammaticamente serie, il loro essere generate dall'azione umana e, dunque, la loro 'natura' arbitraria.

Le origini di questa concezione tutta culturale sono state ampiamente analizzate da Barbara Duden, che nel suo volume *I geni in testa e il feto nel grembo* (2002) opera più in generale una ricostruzione storica del corpo delle donne. Duden rintraccia le radici di questa visione nelle trasformazioni che stavano avvenendo nel sapere medico nel XVIII secolo. Più specificatamente, quando la medicina dell''umoralismo' lasciò il posto alla medicina del 'corpo anatomico'. È precisamente questa trasformazione che pose le premesse per «concettualizzare la gravidanza come un processo lineare di sviluppo embriologico: un processo, dunque, che si svolge allo stesso modo in tutte le donne» (Duden 2006: 63). Fino ad allora, infatti, poco si conosceva sul corpo e sui meccanismi della vita: l'applicazione dei concetti medici risultava impossibile in quanto le loro verità non potevano essere verificate. Il medico non toccava i corpi

dei malati, ma ne ascoltava e interpretava le narrazioni. La consapevolezza dell'essere incinta veniva rimandata direttamente alla donna, che meglio poteva riconoscere e distinguerne i segni dalle esperienze del vissuto, e la cui certezza poteva essere confermata o smentita solo nell'evento del parto. Il bambino era l'oggetto di una speranza che si palesava soltanto nel momento in cui veniva alla luce. Duden riporta che, secondo Storch (un medico vissuto a Einsenach nel XVIII secolo) le donne partoriscono:

> bambini che nasceranno a tempo (nascituri), frutti prematuri (partus praematurus), aborti in forma di bambini minuscoli - grandi come un pisello o un fagiolo, lunghi mezzo pollice - "formati normalmente" (verus abortus) e anche moli, masse informi; concrementa indistincta, spuria concepta, concrementum uterinum tunicacaeum, tumori uterini, escrescenze di carne, masse abnormi (*ibidem*).

L'esito del parto, dunque, poteva assumere varie forme e non corrispondeva con certezza a un bambino, che in ogni caso non era pensato come qualcosa di estraneo, ma in continuità con la fluidità della donna. La 'gravidanza' apparteneva a una diversa temporalità. Tale concezione sarebbe oggi inconciliabile con i nostri riferimenti contemporanei come gli stadi di sviluppo, le fasi e le aspettative derivate da probabilità calcolabili (Duden 2006).

Quello che emerge dalle ricostruzioni dell'autrice è una realtà dimenticata e oggi sconosciuta, difficile da comprendere, se non impossibile per noi. Lo studio anatomico, insieme all'interesse per le capacità generative della donna, rappresentano i primi segnali di una vera e propria progressiva colonizzazione teorico-pratica del sapere corporeo da parte di una scienza in via di istituzionalizzazione che si affaccia, sul finire del Settecento, su un terreno fino ad allora sconosciuto.

I primi segnali di queste trasformazioni interessarono infatti la sfera del parto, che mi sembra qui interessante ricostruire, seppur brevemente, in quanto caso emblematico dello scontro tra sapere/potere: da una parte, del sapere della nuova classe medica che si stava andando formando, forte dell'appoggio della *police* statale; dall'altro, del sapere delle mammane, fondato sull'esperienza pratica, trasmesso di donna in donna e riconosciuto dall'opinione popolare. Intorno alla metà del secolo l'evento del parto, fino ad allora considerato «affare di donne, legato alla natura, al destino e al sapere magico religioso» (Pancino 1984: 41), diventò oggetto dell'interesse da una parte dei rappresentanti della classe medica e dall'altro dagli amministratori

della cosa pubblica. Gli elevati tassi di mortalità infantile e materna mal si conciliavano con il progetto di «Pubblica felicità» volto a tutelare la salute e la qualità della vita dei suoi sudditi. Garantire la produttività dei lavoratori e il numero dei soldati rispondeva alle esigenze di grandezza e forza dello Stato stesso. La nuova classe medica, che emerge e si distingue in questo periodo proprio grazie alla protezione e al riconoscimento da parte dello Stato, non solo imporrà il suo intervento pratico in questo «territorio da sempre abbandonato alla Scienza delle donne» (*ibidem*), ma anche il suo sguardo sul corpo materno, sulla cultura delle mammane e su quell'organizzazione comunitaria che fino ad allora era sfuggita al suo controllo[4]. Il sapere del medico, costruito in parte per contrapposizione alla massa dei ciarlatani, dei guaritori e al mestiere delle levatrici, era chiamato a collaborare al progetto populista della polizia medica, che diventerà nel XVIII secolo lo strumento delle politiche sanitare: le misure governative volte a proteggere la salute dei cittadini amplieranno il loro terreno di azione, fino a quel momento limitato agli stati di emergenza creati dalle epidemie, verso spazi e pratiche della vita quotidiana, come le condizioni di vita, l'igiene, la salute, l'alimentazione e gli istituti assistenziali. Attraverso il processo di medicalizzazione «ovunque in Europa l'ostetricia si andava definendo come "scienza ed arte teorico-pratica", andava insomma assumendo il carattere di Scienza che fino ad oggi le è rimasto» (46). Medici e chirurghi, spinti dalle loro nuove competenze, convergevano le loro azioni con la politica populazionista degli stati. La medicalizzazione si tradurrà in una vera e propria campagna contro le mammane, che vedrà la collaborazione di uomini politici ed ostetricianti insieme. Il progetto si concretizzò intorno a metà del secolo «con l'istituzione di corsi, scuole, commissioni d'esame per levatrici, con la pubblicazione di numerosi trattati, con l'istituzione di cattedre di ostetricia nelle facoltà mediche delle università» (47). L'articolazione di questo progetto è esposta nel già citato *Sistema completo di polizia medica* di J.P. Frank, i cui rimedi inerenti alla problematica della maternità sono descritti da Claudia Pancino come «uno squisito esemplare delle riforme illuministe»: secondo Frank lo Stato dovrebbe provvedere a «promuovere unioni feconde e a tutelare la gravidanza, la maternità, la salute e l'igiene dell'infanzia» (*ibidem*). Un ruolo fondamentale fu svolto, dunque, dalla progressiva scolarizzazione delle mammane che portò, nel corso Settecento, alla creazione

[4] Non era sfuggita, tuttavia, all'attenzione della Chiesa che già a partire dalla fine del Quattrocento fece sentire i suoi tentativi di controllo in modo tangibile (Pancino, 1984).

di istituti per l'insegnamento dall'arte ostetrica alle donne. La legittimità del loro esercizio era ora garantita dall'abilitazione alla pratica attraverso un esame svolto davanti a collegi di medici, chirurghi e uffici di sanità. Tuttavia, il progetto riformistico in ambito sanitario, che voleva da una parte combattere la supermortalità da parto, offrendo alle levatrici gli strumenti sia tecnici che conoscitivi, e dall'altra inserire il loro mestiere nelle gerarchie delle nascenti professioni sanitarie, produsse altre e più silenti trasformazioni.

Nel corso del secolo si assisté alla progressiva sottrazione del parto e dei suoi rituali alla tradizionale assistenza femminile: nelle scuole l'evento «viene astratto dal continuum della vita quotidiana per sottostare a categorie mediche, che lo definiscono in termini scientifici, ma anche in termini sociali e infine incluso nel territorio medico» (92). Questa operazione, che ai nostri occhi può risultare banale, non trasformò solamente l'ideologia legata al parto, ma soprattutto il suo vissuto e il modo in cui viene fatta esperienza di esso.

> Fino ad allora considerato evento legato ai ritmi della natura e del quotidiano, rischioso e incerto, il parto viene ora presentato dalla medicina e trattato come qualcosa di molto vicino alla malattia. Alcuni autori non hanno alcun dubbio e lo descrivono come «necessaria natural malattia» e le gravide come «infermissime donne». E alla malattia corrisponde la terapia, unica e decisa dagli uomini di scienza. Tende a diffondersi già alla fine del Settecento la preferenza per la posizione supina della partoriente. Dopo che alcuni decenni della nuova scienza medica avranno rigettato le «barbare posizioni» sarà l'unica accettata dagli ostetrici, divenendo così l'emblema della medicalizzazione del parto. È la più comoda per l'ostetrico che deve intervenire sul corpo della donna: le preferenze della partoriente non devono intralciare il percorso della medicina (23).

Così venne patologizzata e medicalizzata la gravidanza. Duden sostiene che «la storia della produzione scientifica di concetti e rappresentazioni del corpo femminile è fondamentale per comprendere la posizione giuridica, sociale, economica e culturale della donna sin dalla fine del XVIII secolo» (Duden 2006: 81). Questa produzione mostra non solo i legami attraverso cui l'immagine di sé e le esperienze del loro vissuto sono state influenzate, ma anche le modalità attraverso cui sono state interiorizzate e incarnate. In primo luogo, la medicalizzazione del vissuto non sarebbe stata possibile senza una professionalizzazione della figura del medico: «la medicina del XX secolo si è aggiudicata un monopolio di principio sul sapere, in virtù del quale

può determinare, poi riconoscere e infine curare le anomalie» (86) non solo attraverso la conoscenza, ma soprattutto con i mezzi della tecnica. L'autrice attribuisce a quest'ultima un potere somatogeno, capace di produrre trasformazioni sul piano simbolico; in altri termini «è la medicina stessa a creare la paziente, a trasformarla in cliente della quale ha bisogno; che questa creazione investe il corpo non meno che la mente. E in nessuno dei numerosi interventi tecnici a cui normalmente la donna di oggi va incontro nel corso della gravidanza il circolo vizioso fra trattamento e produzione del corpo appare lampante come nell'ecografia» (99). Duden sostiene che, delle tecniche introdotte per affrontare lo studio della gravidanza, l'ecografia più di tutte ha contribuito a trasformare l'esperienza sensibile delle donne e la loro percezione della gravidanza. Bisogna domandarsi non che *cosa* la tecnica *fa*, ma *cosa* essa *dice*, di quali modalità di rappresentazione si serve, di quali stili percettivi e quali stati d'animo induce in chi se ne serve e in chi rimane apparentemente solo spettatore (*ivi*). La particolarità dello strumento diagnostico dell'ecografia è infatti la creazione di immagini: è l'interazione con lo schermo l'origine sia della decorporeizzazione che dell'indebolimento, se non paralisi, della sensibilità di percezione della donna. Negli ultimi vent'anni «la prevenzione prescritta in gravidanza si è incrementata del cinquecento per cento [...]. Tutte queste misure hanno valore discutibile, comportano costi e fastidi e non sono prive di pericoli. Ognuna di esse dice qualcosa alla donna, le mostra qualcosa. mi chiedo cosa le dicano» (100). La critica di Barbara Duden è molto dura: sostanzialmente, nulla. E non esiste altra maniera per angosciare maggiormente la donna né «modo più astuto di far dipendere la sua sensibilità da un giudizio estraneo. La donna, che con tutti i suoi sensi percepisce la gravidanza, impara a non fidarsi più dei suoi sensi. Impara a farsi dire come sta, e quali sono le sue prospettive […]. L'offerta di prestazioni ginecologiche ne aumenta la produzione e il consumo incrementa la domanda, creando nuovi bisogni» (101), facendo apparire la dipendenza da queste tecniche come, in realtà, un desiderio. Nel momento in cui la percezione della donna viene biologicamente oggettivata, il momento del parto viene riletto come una «"produzione di vita" tecnicamente controllata» e la gravidanza come un «programma tecnicamente sorvegliato e pilotato che istruisce la donna a percepirsi» nei termini di un corpo che per nove mesi rappresenta un «"ambiente" in cui si svolge un processo i cui stadi sono gli emblemi della cultura collettiva: dall'uovo fecondato, all'impianto di un organismo pluricellulare nel tessuto uterino, fino all'embrione e al feto» (95).

3. Fratture: la critica della violenza ostetrica

3.1. Gli "esiti *negativi* del concepimento"[5]

Il percorso riflessivo tracciato fin qui rappresenta il tentativo di indagare le radici storiche della visione contemporanea dei processi riproduttivi che permea oggi la maggioranza dei discorsi e delle rappresentazioni sul corpo delle donne e sulla gravidanza. È stato messo in evidenza come la riproduzione considerata 'normale' sia sempre il prodotto discorsivo di un sistema culturale egemonico che, nel caso specifico occidentale e attraverso il nesso sapere/potere, classifica come sane o patologiche, da un punto di vista medico e sociale, le sfere della fertilità e infertilità, della generazione e l'incapacità di generare, nascita e aborto e che include in modo più esteso forme di famiglia, di genitorialità e di cura (Mattalucci 2017). Sebbene in uno stesso momento storico possano coesistere diverse e concorrenti definizioni di normalità che agiscono sui corpi, alcune di queste visioni, silenziosamente diventate dominanti, possono venir lette dagli attori sociali come naturali, pienamente legittime e normative. La percezione è quella che un esito 'positivo' di parto e gravidanza sia scontato. Nel momento in cui determinate esperienze si posizionano al di fuori dei confini tracciati dalla media e dalla norma, gli individui possono trovarsi a vivere in modo problematico il rapporto con sé e con il mondo. Questo genere di discorsi si caricano in una certa misura di violenza nel momento in cui creano delle *fratture* e portano il soggetto a vivere questi momenti con sentimenti di inadeguatezza e fallimento.

Frattura è anche il termine utilizzato per parlare del vissuto come quella di Rebecca. L'esperienza raccontata all'inizio di questo capitolo si inscrive, infatti, in questa un'ampia sfera d'indagine antropologica, offrendoci allo stesso tempo un esempio di frattura della riproduzione. Questa espressione è particolarmente efficace per sottolineare come la riproduzione sia spesso percepita, dagli attori sociali, come un processo lineare. Tra gli eventi che interrompono la

[5] Dal titolo del capitolo sulle IVG e aborti spontanei (Istat 2015).

realizzazione di questo modello ideale possono essere compresi le gravidanze indesiderate, l'infertilità, le adozioni, le IVG, la fecondazione medicalmente assistita, la disabilità infantile, gli aborti spontanei e le morti in utero e prenatali (Mattalucci 2017). Sebbene l'interesse dell'antropologia sia rivolto da tempo all'analisi della sfera riproduttiva, molto recente è invece la sua riflessione sulle perdite in gravidanza, stimolata da una parte dallo sviluppo delle conoscenze psicosociali relative al tema, dall'altra dal suo emergere progressivo nel dibattito pubblico. Come già discusso nel precedente capitolo, le modalità di presa in carico del parto e della gravidanza, insieme alle trasformazioni delle dinamiche demografiche dell'ultimo periodo, hanno contribuito a modificare in modo profondo le aspettative, le attese, i tempi e i desideri di genitorialità, nonché le forme famigliari. Il calo della natalità, il ritardo e l'andamento decrescente del numero dei figli per donna hanno giocato un ruolo nel mutamento del valore della vita embrio-fetale e sulla comparsa del concetto di qualità della vita in prospettiva per il nascituro. Spesso, nei paesi euro-americani, dove i tassi di abortività rimangono bassi, queste dinamiche hanno portato a un riconoscimento precoce dell'embrione o del feto, condizionato anche dalle tecniche ecografiche e diagnostiche, attraverso cui si evidenzia una maggiore tendenza a instaurare legami intimi e personali con il bambino. In questi paesi si rintracciano forme di soggettivazione attraverso numerose ritualità per il mantenimento del ricordo e della memoria e legate alle pratiche di sepoltura. Tuttavia, le stesse forze culturali che invitano alla legittimazione del nascituro sono di frequente le stesse che si trasformano in una sua negazione nel momento in cui l'evento della gravidanza si interrompe o conclude senza una nascita. Le perdite in gravidanza, in generale, sono spesso motivo di stigma e influenzano le scelte riproduttive e relazionali di chi ha vissuto queste esperienze, e per questo motivo il loro non riconoscimento porta questi eventi ad essere vissuti come dei non-eventi, risolti nel silenzio. Se prendiamo in esame gli aborti spontanei in Italia, dai dati raccolti dall'Istat, che ha cominciato la rilevazione – in ambito medicalizzato – a partire dalla legge 194/78, questi eventi rappresentano l'esito di circa il 15 per cento delle gravidanze; ma se si considerano anche quelle non clinicamente riconosciute – scambiate per irregolarità mestruali, le stime salgono al 30 per cento, ciò un terzo di quelle totali (Istat 2015). Le rilevazioni presentano però dei problemi di disomogeneità, sia internamente che se confrontati con quelli internazionali, a causa della difficoltà biomedica di definizione dell'oggetto.

Visto il rischio di perdersi facilmente nelle varie classificazioni, in questa sede non ne riporterò nessuna. Tuttavia, quello per i dati e le definizioni non è un interesse classificatorio o biomedico, bensì riflessivo. I dati riportati ci indicano, per esempio, che quello dell'aborto spontaneo è un fenomeno comune a molte gravidanze, al contrario della sua sottorappresentazione nel dibattito pubblico. Le parole e i numeri, però, creano confini più o meno superabili. Una delle narrazioni frequenti, riportata all'inizio di questo lavoro attraverso le parole di Rebecca, è infatti quello dell'inevitabilità. Una giustificazione che tuttavia può lenire più o meno la sofferenza di una gravidanza desiderata. Vi è la credenza che gli aborti spontanei avvenuti entro il primo trimestre siano in qualche modo causa di meno dolore per chi, in quel periodo di tempo, ha iniziato a creare e intessere legami di genitorialità e filiazione. Sottostimare questo investimento da parte del personale sanitario, dei famigliari o amici, può però inibire la sua manifestazione. Il fatto è che ogni caso è a sé ed è impossibile generalizzare in modo significativo e pratico le diverse esperienze: è necessario guardare al contesto storico, locale, soggettivo, nonché quello sociale ed economico. In particolar modo, e riferendoci sempre al caso specifico preso ad esempio in questo paragrafo, quest'ultimo risulta essere inversamente proporzionale al rischio di aborto per cause spontanee[6]. Gli indicatori statistici e lo sguardo alle più ampie forze che agiscono su questi vissuti vanno anche tenute in considerazione per quanto riguarda l'investimento personale che ricade sui soggetti coinvolti e le modalità attraverso cui vengono affrontati.

È infatti frequente che le strutture in cui vengono ospitate le donne siano inadeguate sia dal punto di vista strutturale che della preparazione del personale sanitario rispetto alle procedure consigliate dalla letteratura recente. Questo fatto è significativo perché, sul momento – a volte molto breve e dunque rapido, «le scelte dei genitori sono influenzate dal personale medico e ospedaliero» (Mattalucci 2018: 149). Le narrazioni raccolte nelle etnografie intergenerazionale di Claudia Mattalucci danno voce al dolore delle donne che, come descritto dalla letteratura biomedica, si sono trovate ad affrontare eventi avversi alla riproduzione e traducono lo

[6] La conferma di questo viene dal fatto che «il valore più elevato si ha in corrispondenza delle donne disoccupate o in cerca di prima occupazione, mentre quello più basso tra le occupate. Valori intermedi e comunque non particolarmente elevati presentano le donne studentesse e casalinghe. L'essere cittadina straniera porta ad una situazione di svantaggio: l'indicatore standardizzato infatti mostra un valore pari a 140,4 contro il 124,0 riferito alle donne italiane. In genere la spiegazione è da attribuirsi al fatto che tali donne presentano maggiori difficoltà nell'accesso ai servizi sanitari in generale e quindi anche per i controlli e le eventuali cure prenatali» (Istat 2015:95).

«sconforto, la rabbia e il senso d'ingiustizia patita, in un tempo in cui l'assistenza alla gravidanza, al parto e ai loro esiti imprevisti è percepita come un diritto e in cui la moltiplicazione di visite specialistiche ed esami diagnostici durante l'attesa alimenta l'illusione del controllo e della fiducia nel lieto fine» (Mattalucci 2017:216).

Come abbiamo già discusso, spesso i parametri egemonici sono oggetto di contestazione: vengono aggirati, messi in discussione e sovvertiti da soggetti, coppie gruppi di interesse o movimenti sociali impegnati a combattere gli effetti sulle loro esistenze (*ivi*). Oggi esistono linee guida internazionali di sensibilizzazione al tema per il riconoscimento e la sua assistenza, dove però le pratiche sono disomogenee e le procedure non sempre seguite. Successivamente all'affiorare di questo argomento, che ha iniziato a imporsi nel dibattito pubblico americano a partire dagli anni Settanta, sono seguite la formazione di associazioni e movimenti con l'obiettivo di rompere il silenzio attorno a queste tematiche. A partire dall'ultimo decennio, anche in Italia, come precedentemente in altri paesi, le associazioni per il sostegno al lutto perinatale si sono costituite in maniera informale, attraverso gruppi di auto-mutuo aiuto, siti web, libri e testimonianze che hanno poi portato a campagne d'informazione e iniziative volte al riconoscimento pubblico sia dei genitori che dei figli morti prima o immediatamente dopo la nascita (Mattalucci 2018). Grazie anche a questo riconoscimento, l'ambiente ospedaliero e le procedure vissute nei reparti di ostetricia e ginecologia sono oggi più facilmente contestabili.

Il mio interesse in questa sede rispetto alle dinamiche attorno alla morte e al lutto perinatale riflettono sia l'esigenza di applicare a un caso concreto i concetti e gli strumenti elaborati finora ad un tema relativamente circoscritto, seppur non si sia voluto generalizzare, anzi sottolineare le singolarità di questi eventi; sia perché queste associazioni di sostegno e anche alcune madri hanno partecipato, insieme a molte altre, al movimento di denuncia italiana della violenza ostetrica, individuando anch'esse nel luogo del reparto di Ostetricia e Ginecologia e nelle figure che le hanno assistite un luogo causa di sofferenza.

> HO 28 ANNI E IL 31 MAGGIO DEL 2013 HO AVUTO UN PARTO PREMATURO DELLA MIA BIMBA 28 SETTIMANE ARRIVO A PS ALLE 4 DI MATTINA CON PICCOLE PERDITE E DOLORETTI
> IL MEDICO ANCORA VISIBILMENTE ASSONNATO MI DICE NON CAPISCO IO VEDO CHE È TUTTO OK
> MI PORTANO IN REPARTO E MI CHIUDONO IN UNA STANZA STIA TRANQUILLA CHE TRA UN PO' LA VEDIAMO

ARRIVANO LE 8 IO SPAVENTATA, MI VISITANO TUTTO OK DEVO SOLO STARE UN MESE IN OSPEDALE

MI LASCIANO LI FINO A […][7] CONTRAZIONI E IL SALA PARTO X URGENZA ANNO SBAGLIATO

RISCHIO DI MORIRE

TRAVAGLIO DI 12 ORE

NASCE MIA FIGLIA 600 GR ME LA METTONO IN BRACCIO E DA LI A 30MINUTI MUORE LA BIA BIMBA IO PIANGO E IL MEDICO *POCHE STORIE NE FAI UN'ALTRA* LI 2 ORE DI INTERVENTO BENE O ANCORA PROBLEMI E LA MIA FIGLIA E IN UNA BARA: #BASTATACERE (da una testimonianza della campagna #Bastatacere, 2016).

3.2. Denunciare la violenza ostetrica, l'esperienza italiana

Il 4 aprile del 2016 si apre in Italia la campagna mediatica sulla violenza ostetrica. Sarà lanciata attraverso l'uso della piattaforma social di Facebook e la creazione di una pagina dedicata. Durante l'iniziativa verrà chiesto alle *madri* di «raccontare le loro esperienze di abuso, maltrattamento o violenza nel parto»[8] rispettando il loro anonimato e quello delle strutture e degli operatori coinvolti, che saranno successivamente condivise utilizzando l'hashtag '*#bastatacere*'. Alla fine dei 15 giorni, la campagna ebbe molta visibilità nel dibattito pubblico e raccolse 1.136 testimonianze e numerose condivisioni.

Non è la prima volta che l'Italia assiste e partecipa a un'esperienza di questo tipo. Infatti, il nome dell'iniziativa, '*#Bastatacere: le madri hanno voce*' riprende il titolo del progetto del Movimento di Lotta Femminista di Ferrara: *'Basta tacere! testimonianze di donne*'. Siamo nel 1972[9]. Allora, come oggi, gruppi di donne sostenevano che non si potesse più tacere su ciò che le donne subiscono durante il parto, durante l'aborto e, in generale, in tutte quelle occasioni in cui

[7] Non sono riuscita a leggere la grafia, probabilmente si tratta di un numero. Per la trascrizione di queste testimonianze, prodotte e pubblicate tra il 4 e il 19 aprile 2016, prese dalla pagina Facebook facebook.com/bastatacere, ho cercato di riprodurre la scrittura in corsivo e stampatello, senza modificarne le parole o i segni. Dalla testimonianza successiva ho omesso l'hashtag #bastatacere che si ripeteva uguale in tutti i cartelli.

[8] Dal *Report* della Campagna disponibile sul sito ovoitalia.wordpress.com/bastatacere/ (consultato il 30/09/2019).

[9] Una copia cartacea del documento è disponibile nella Biblioteca Civica di Padova. Tuttavia, è reperibile in formato digitale all'indirizzo http://www.femminismo-ruggente.it/femminismo/pdf/1972/basta_tacere.pdf (consultato il 30/09/2019).

si entra in contatto con la medicina e, in particolare modo, con le sue istituzioni come ospedali, medici e ostetriche (*ivi*).

Centrale in questi anni è il tema dell'abolizione della legge contro l'aborto, ma attorno ad esso ruotano alcune tematiche di più ampio respiro che, per la riflessione finora tracciata, risultano a noi particolarmente interessanti. Tra i primi emerge la consapevolezza che le vicende raccontate in queste dodici storie (che parlano di temi quali, appunto, aborto, ma anche parto, maternità e gravidanza) non siano problemi personali, ma facciano parte di una situazione di disagio più estesa e da qui l'invito all'organizzazione di conquista comune. Troviamo inoltre, al commento finale, una critica al sapere scientifico e medico, intrecciata però ai temi della naturalizzazione del dolore:

> Non possono più continuare a dirci che è naturale «partorire con dolore»; noi sappiamo che la ricerca scientifica è molto progredita in vari campi (sanno andare sulla luna, sanno tutto sul cervello), ma non in quelli che ci riguardano, nelle cose che servono tutti i giorni (19);

e della contraccezione:

> [...] Nessuno si è preso seriamente il disturbo di spiegarci come funziona [la pillola anticoncezionale]! Invece di fornirci centri di medicina adeguati, hanno preferito lasciarci in balìa di qualche articolo scandalistico. [...] ci lascia perplesse perché sino a qualche mese fa ci hanno detto che la pillola fa male, che rende frigide, che fa nascere i figli anormali, ecc. Dopo che la legge ne ha permesso la vendita, facendone oggetto di speculazione, tutti ce la vogliono dare, ora fa addirittura bene, ci dicono, contro il cancro (*ibidem*).

La scienza medica non sembra interessata ad aiutare le donne a soffrire meno durante il parto. La società non vuole lasciare loro il potere sui propri corpi, sulle proprie scelte e sulla propria riproduzione. Sulla libertà di voler essere madri o meno, sulla libertà di poter essere donne nonostante la gravidanza, oltre la gravidanza. Quello che si leva dalle voci del Settantadue è un grido forte: «questa nostra vita è valutata tanto poco da farcela rischiare continuamente per

un parto o per un aborto. Contare di più significa anche decidere del nostro corpo, far valere la nostra vita» (21).

L'eco delle loro voci, dunque, è arrivato fino a oggi. La campagna evento avviata nel 2016, seppur chiaramente ispirata all'esperienza del Settantadue, presenta caratteri molto differenti rispetto ad essa, a partire dal numero di testimonianze raccolte. Seppur mediamente più brevi, alcune storie hanno richiesto più di un foglio, altre sono state sintetizzate in poche righe. I temi più ricorrenti all'interno di questi racconti sono le procedure come l'episiotomia, il clampaggio immediato, il taglio cesareo, la manovra di Kristeller, l'induzione del parto, la rottura delle membrane, l'uso di ventose e forcipe per estrarre il bambino. Le storie raccontano di sentimenti di paura, incomprensione, isolamento nei confronti di un personale sanitario e di figure professionali su cui avevano, senza pensarci molto, fatto affidamento. Ognuno a parole sue, cerca di trasmettere le motivazioni di tanta loro sofferenza. La testimonianza di una donna, che non comprende come le ci siano voluti anni per capire, accettare e superare l'accaduto, nonostante affermi «io ho studiato. Mi ritengo una donna di cultura (nel bene e nel male)» è significativa. È un argomento che troviamo anche nel racconto di una donna nel documento del 1972: «Non ci venne risparmiato neanche il paternalismo più bieco e ci mandarono una maestra [...] perché naturalmente all'ospedale, in corsia, ci finiscono solo i poveri e gli ignoranti» (*ivi*:9). Come se essere ignoranti possa giustificare un certo tipo di trattamento e l'essere persone di cultura esonerasse dal rapporto di potere fortemente sbilanciato tra medico paziente che frequentemente si instaura in queste occasioni. Nonostante la sua cultura questa donna è stata trattata, a sue parole, come

> [...] CARNE DA MACELLO! Ecco come mi sono sentita quando, in sala travaglio/parto mi hanno totalmente esautorata. Oggettivata. Violata. In 17 ore di travaglio ("*altalenante, signora*!"), credo mi abbiamo infilato le mani in vagina una ventina di specializzandi/tirocinanti ("*è un ospedale universitario, signora*"). Dopo due o tre cambi turno senza parole, senza spiegazioni, il tempo è scaduto.

Non è solo la mancanza di consenso verso alcuni trattamenti che caratterizza questi racconti, ma piuttosto il silenzio, l'arroganza, l'umiliazione, il paternalismo, la mancanza di dignità. Un'altra racconta:

> [...] mi umilia, mi dice "*che non sono capace, che l'ho voluto io e che devo arrangiarmi!*" Chiedo l'epidurale e mi risponde "*ah, anche questo chiedono le pazienti adesso?*" [...] Ricordo tutto … chiude le braccia e dice "*adesso basta, non ti aiuto più. Ti devi arrangiare. Io finisco il turno. Ti devi muovere*". Ho partorito in meno di 3 ore! Avevo PAURA […].

La storia raccontata da questa donna continua con un'espulsione con manovre violente della placenta non eseguita correttamente che la riporterà tre giorni dopo ad essere ricoverata d'urgenza, rischiando la vita. Sulla cartella clinica non compare nulla di tutto ciò.

I racconti mostrano da un lato l'impossibilità dell'attesa da parte dell'organizzazione ospedaliera, dall'altro un abbandono e tempi di travaglio lunghi e dolorosi tali per cui, necessariamente, richiedono un cesareo d'urgenza o manovre meccaniche invadenti. Il problema sembra dunque il non rispetto dei tempi fisiologici del parto specifici per ogni singola donna.

Tuttavia, questa tendenza non corrisponde a una ricerca sistematica dell'operazione cesarea. Sebbene durante la campagna *#Bastatacere* sia stato richiesto specificatamente alle *madri* di raccontare la propria esperienza, escludendo di fatto una serie di soggettività che comunque entrano in contatto con l'ambiente ostetrico ginecologico (e che tuttavia non sono madri, non ancora o non hanno intenzione di esserlo), il tempo della sua durata e il mezzo attraverso cui è stata realizzata, hanno permesso la formazione di una discussione tra utenti (che, sottolineiamo, avevano la disponibilità di accedere alla piattaforma) e l'intervento di professionisti sanitari nelle testimonianze.

Come è noto l'Italia è il paese «con il più alto numero di parti con taglio cesareo: la percentuale è pari a 36,3 nel 2013, oltre il doppio di quella raccomandata dall'OMS, e superiore di quasi 10 punti percentuali rispetto alla media europea (Ue27 26,7 per cento nel 2011)» (Istat 2015: 59), con particolare enfasi nel Mezzogiorno, sia nel privato che nel pubblico. Le politiche sanitarie dagli ultimi anni sono state rivolte a ridurre la medicalizzazione da parto e contrastare la diffusione del ricorso al taglio cesareo. Ma le testimonianze raccolte ci presentano una situazione tutt'altro che polarizzata. Per alcune donne è fondamentale il parto 'naturale', in alcuni casi ospedalizzato, in altri svolto in casa o nei centri dedicati. In alcuni casi il cesareo è richiesto, preferito, percepito più sicuro.

> MI HANNO INDOTTO IL PARTO PRIMA DEL TEMPO PERCHÉ IL PROF. DOVEVA ANDARE IN FERIE, FATTO ORE E ORE DI ANESTESIA EPIDURALE, AVEVO CHIESTO AL MINIMO PROBLEMA DI FARMI IL CESAREO. NON MI HANNO ASCOLTATA. LE CONTRAZIONI SI SONO BLOCCATE, LA TESTA DI MIO FIGLIO PURE. IO E LUI STAVAMO MORENDO, MIO FIGLIO È NATO CON CONSEGUENZE SULLA SUA DEAMBULAZIONE A ME HANNO PRATICATO EPISIOTOMIA [...].

O ancora:

> [...] Sabato arriva mia madre tutta incazzata perché la bimba non si muove quasi più. Alle 15 30/16 mi portano in sala parto rompono del tutto le acque flebo per accelerare la dilatazione la bimba non riusciva ad uscire suplico per il cesareo ma mi viene negato alle 03 nasce non respirava [...] una settimana in incubatrice SEDATA e 4giorni senza toccarla!

Molte di queste donne affermano di essere consapevoli di aver «incontrato le persone sbagliate», ma d'altra parte arrivano anche voci di smentita, voci che affermano che il loro parto in ospedale è stato una bella esperienza, di essere state assistite da persone educate e gentile e personale medico competente. Tra le voci fuori dal coro compaiono anche quelle di chi ha scelto un parto "non medicalizzato":

> Nessun medico
> Nessun farmaco
> Nessun "spingi".
> Solo io, il mio istinto, e mio figlio.
> Io ho partorito a casa
> Il mio parto è stato meraviglioso!

In questo cartello scritto a mano, oltre al solito hashtag *#bastatacere* compare anche *#sappiamopartorire*. Un commento, in opposizione a questa testimonianza, mette inoltre in luce la normalizzazione della violenza vissuta in ospedale, accettata e preferita rispetto all'insicurezza e al rischio di partorire da sole in casa:

> Mi spiace ma non condivido. Il mio parto è stato allucinante e gestito da persone degne di denuncia su questa pagina, ma se fossi stata a casa a partorire a quest'ora non starei a raccontarlo.

O ancora:

> Dopo il cesareo, devastante e dovuto alla pessima assistenza, i parenti mi dicono: Se il dottore ha deciso così avrà avuto i suoi motivi. Tuo figlio è vivo, di che cosa ti lamenti?
> #bastatacere
> La violenza non finisce una volta uscite dagli ospedali

Ritorna in queste voci lo scontro tra professionalità e competenze che ricorda un po' quello Ottocentesco tra mammane e chirurghi.

> Da 15 anni lavoro in ospedale, sono un'ostetrica. Ho assistito una primipara dopo una gravidanza fisiologica, il travaglio è durato 6 ore circa. La donna ha scelto di non sottoporsi all'epidurale, durante il travaglio ha camminato, ha chiesto di fare la doccia 2 volte, non c'era la vasca. Alle 5 del mattino entra il ginecologo in sala parto quando la signora stava iniziando a spingere accovacciata, ordinando: se spinge la voglio sul lettino da parto → parto in posizione litotomica → episiotomia

Più che uno scontro tra professioni, quello che si profila, sembra una resistenza impotente ai rapporti di potere che si creano nelle gerarchie tra reparti e corsie ospedaliere. Se, come già accennato, le testimonianze si riferiscono a fatti accaduti con determinati soggetti, consapevoli in parte dunque, di non riferirsi all'intera situazione ospedaliera italiana, nei commenti si levano voci in difesa degli operatori – come stava per altro già avvenendo nelle testimonianze, da parte però degli operatori stessi, vedendo in queste storie un attacco alla propria categoria. In risposta, un'analisi personale della vicenda afferma:

> MI DISPIACE VERAMENTE, ma da operatore del settore non posso che confermare le vostre esperienze. E tutto assolutamente vero! Leggendo le vostre storie mi sono sentita coinvolta in prima persona. Non so a chi attribuire la

> responsabilità di queste spiacevoli e agghiaccianti situazioni. Gli operatori sono stanchi, vecchi, demotivati. i colleghi intorno litigano e sparlano gli uni con gli altri. C e ovunque la guerra con le ostetriche sulle competenze sule decisioni sulle responsabilità. Il parto spontaneo a tutti i costi!!! Bisogna ridurre la percentuale dei tagli cesarei così da fare bella figura ai congressi e aspirare a cariche prestigiose. Il contenzioso medico legale e un incubo. I giovani sono distrutti dal precariato, dalle poche possibilità lavorative e dall'appiattimento della crescita professionale. Si, viene tutto scaricato sulla paziente che alle tre di notte si presenta in Travaglio ! Non ho una soluzione. Smettetela di dire che tutto quello che queste donne raccontano sia falso! Passatevi una mano sulla coscienza. Sapete quando le cose vanno meglio???? Quando la paziente paga! Quando viene allo studio privato e quando ti chiama per assistere al parto in cambio di cifre per lo meno a tre zeri. In questo caso vi assicuro che avrete un parto splendido! Questo e. PUNTO. Sono una ginecologa. Ho 34 anni. E descrivo la realtà.

Un'altra descrive la sua esperienza durante il tirocinio in ospedale:

- SONO STATA UMILIATA ed INSULTATA.
  "SEI UNA PERSONA INUTILE"
  "TU NON SEI NESSUNO"
- SONO SVENUTA DUE VOLTE IN SALA PARTO PERCHÉ NON AVEVO TEMPO DI MANGIARE
- MI SONO STATE AFFIDATE RESPONSABILITÀ CHE NON MI SPETTAVANO, PER ESEMPIO LA GESTIONE DEL PRONTO SOCCORSO OSTETRICO DURANTE LA NOTTE, MENTRE TUTTI DORMIVANO.
  NON ERO LA SOLA, ERA LA SORTE DI TUTTE LE ALLIEVE.

Il carattere anonimo dell'iniziativa dà spazio a tutti quei silenzi che impediscono alla voce non solo dei pazienti, ma anche degli operatori, di gridare ed esprimere la propria sofferenza e le ingiustizie di cui si è testimoni in prima persona. Quello che fa rabbia e tormenta queste donne è spesso

> IL SILENZIO dei medici e degli operatori [...] che, DA ANNI, vedono i danni che subiscono moltissime donne per quella persona. [...] VERGOGNATEVI. A tollerare la violenza sulle donne, ne diventate complici!

Poco spazio di riflessione è forse lasciato per le condizioni di quegli operatori incastrati in una serie di dinamiche che dall'esterno possono apparire poco comprensibili e non legittime, ma che individualmente possono pesare sulle vite di questi soggetti. Entrambi condividono una sensazione di impotenza. Lo schieramento tra vittime e carnefici, tra medici e ostetrici, medici e pazienti, nonché la polarizzazione tra medicalizzazione e parto "naturale", poco servono alla comprensione della sofferenza e di chi o che cosa contribuisce a produrla.

> SONO UN'OSTETRICA.
> NON DIMENTICHERÒ MAI LE URLA CHE PROVENIVANO DALLA STANZA DOVE NON LA SMETTEVANO DI FARE LA KRISTELLER A UNA DONNA CHE POI MORÌ PER UNA ROTTURA DELL'UTERO.

La campagna *#Bastatacere* del 2016 è stata realizzata in funzione della proposta di legge Zaccagnini depositata l'11 marzo dello stesso anno: "*Norme per la tutela dei diritti della partoriente e del neonato e per la promozione del parto fisiologico*". La PDL rivendica il diritto di partecipare in modo attivo alle politiche della salute e all'assistenza sanitaria, che rispettino i diritti fondamentali delle madri e delle persone in generale, la loro sicurezza e la loro salute. Alcuni temi ritornano e trovano famigliarità con la campagna del Settantadue. Ancora una volta, in quanto «le donne e utenti dell'assistenza alla maternità sono escluse dalle decisioni sul percorso nascita e sulle politiche sanitarie che riguardano il loro corpo e i loro bambini» la necessità è quella di conquistare questi spazi insieme: «le loro voci non vengono ascoltate [...]. Per far ascoltare la voce delle donne abbiamo dovuto scrivere una proposta di legge. Per farci sentire ci siamo unite in coro»[10].

Il 30 settembre 2014 l'OMS, nella sua dichiarazione "*La Prevenzione ed eliminazione dell'abuso e della mancanza di rispetto durante l'assistenza al parto presso le strutture ospedaliere*", ha individuato come irrispettosi e abusivi i trattamenti durante il parto in cui si realizzano «l'abuso fisico diretto, la profonda umiliazione e l'abuso verbale, procedure mediche coercitive o non acconsentite (inclusa la sterilizzazione), la mancanza di riservatezza, la carenza di un consenso realmente informato, il rifiuto di offrire un' adeguata terapia per il dolore, gravi

[10] Cfr. nota 6.

violazioni della privacy, il rifiuto di ricezione nelle strutture ospedaliere, la trascuratezza nell'assistenza al parto con complicazioni altrimenti evitabili che mettono in pericolo la vita della donna, la detenzione delle donne e dei loro bambini nelle strutture dopo la nascita connessa all'impossibilità di pagare» (OMS 2014:1). Inoltre, sottolinea come l'età, lo status civile ed economico, l'appartenenza a minorane etniche, essere migranti o affetti da HIV possa portare con più probabilità ad essere trattate irrispettosamente e subire abusi.

Sulla scia di questa dichiarazione è stato dunque creato, in seguito alla campagna *#Bastatacere*, un Osservatorio sulla Violenza Ostetrica (OVO) finalizzato alla custodia e alla diffusione delle testimonianze raccolte, la sensibilizzazione della società italiana al tema, raccogliere dati, produrre questionari, statistiche, report, articoli e pubblicazioni. Questa esperienza si inserisce a livello internazionale nel coordinamento degli Osservatori sulla Violenza Ostetrica InterOVO gestita e rappresentata dalla società civile.

Alla dichiarazione dell'OMS (2014) è legata anche l'introduzione del PDL Zaccagnini, del *reato* di violenza ostetrica in Italia. Il reato compare per la prima volta in termini legali nel 2007 in Venezuela, nella *Gaceta Oficial* "*Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia*", che all'articolo 15 (punto 13) descrive diciannove forme di violenza, tra cui quella ostetrica definita come

> appropriazione del corpo e dei processi riproduttivi della donna da parte del personale sanitario, che si esprime in un trattamento disumano, nell'abuso di medicalizzazione e nella patologizzazione dei processi naturali avendo come conseguenza la perdita di autonomia e della capacità di decidere liberamente del proprio corpo e della propria sessualità, impattando negativamente sulla qualità della vita della donna (*ivi*: 30; tr. it OVO 2016: 5);

e l'articolo 51 stabilisce che sono da considerarsi reato gli atti attuati dal personale sanitario come le emergenze ostetriche non tempestive ed efficaci; la costrizione a partorire in posizione supina con le gambe sollevate (dove esistano i mezzi per il parto in verticale) l'ostacolo all'attaccamento precoce, e dunque l'allattamento, del bambino alla madre senza una giustificazione medica; il modificare il naturale processo di nascita nelle gravidanze a basso rischio con tecniche di accelerazione senza il consenso volontario, espresso e informato; praticare il taglio cesareo in casi di non necessità e in presenza delle condizioni per il parto

naturale senza il consenso volontario, espresso e informato della donna (*ivi*: 53). Seguono indicazioni sulle procedure disciplinari e ammende economiche.

Similmente viene a configurarsi nella PDL Zaccagnini, dove all'articolo 14 gli atti di violenza ostetrica sono, in generale, «le azioni e le omissioni realizzate dal personale medico, dall'ostetrica[11] o dal personale paramedico volte a espropriare la donna della sua autonomia e della sua dignità durante il parto» e in particolare

a) negare un'assistenza appropriata in caso di emergenze ostetriche
b) obbligare la donna a partorire in posizione supina con le gambe sollevate
c) ostacolare o impedire il contatto precoce del neonato con la madre senza giustificazione medica
d) ostacolare o impedire il processo fisiologico del parto mediante l'uso di tecniche di accelerazione del parto senza il consenso espresso, libero, informato e consapevole della donna
e) praticare il taglio cesareo in assenza di indicazioni mediche e senza il consenso espresso, libero, informato e consapevole della donna
f) esporre il corpo della donna violando la dignità personale.

Con la proposta di reato vengono individuate sanzioni economiche, risarcimenti per i danni biologici e non e, infine, la reclusione da due a quattro anni.

3.3. La violenza ostetrica come violenza strutturale e *governance* riproduttiva

Arachu Castro dal 2009 svolge ricerche etnografiche nei paesi dell'America Latina sulle cause della mortalità materna. Per l'antropologa, gli incontri tra più soggettività che si realizzano nel sistema pubblico possono diventare il luogo di riproduzione di dinamiche squilibrate di potere sociale e di genere, sia tra medico e paziente, che tra posizioni gerarchiche differenti (Castro 2019). Dalle sue ricerche in Messico e nella Repubblica Domenicana emerge come nei

[11] Individuata, a quanto sembra, come professione esclusivamente femminile.

maltrattamenti che derivano da questi squilibri vengano incorporate in modo sistematico le discriminazioni e le esclusioni sociali come il risultato di stress e di scarsa qualità delle cure – se non quando negligenza totale, producendo, dunque, determinati esiti clinici piuttosto che altri. In particolare, nella ricerca di Castro, sono le donne dominicane a rappresentare il bersaglio silenzioso della violenza ostetrica, per il fatto di incarnare tutte e tre le cause di discriminazione da parte del personale sanitario: 'essere poveri, dalla pelle scura e donne'.

Attraverso le sue etnografie viene messo in luce come la violenza ostetrica derivi sia dalle azioni singolari del personale medico, che da fattori *strutturali* interni alle strutture sanitarie. In una certa misura, medici e infermieri operano entro determinati limiti strutturali, fornendo assistenza e prestazioni sanitarie, ma senza occuparsi delle cure continuative di cui ogni donna avrebbe bisogno, che assume invece una natura frammentata. Scaricare legittimamente la responsabilità su qualcun altro rende la violenza 'colpa di nessuno'. La responsabilità delle cure e dei pazienti sfuma così tra le corsie ospedaliere, cambi turno e i passaggi di cartelle cliniche, rendendo lo spazio d'azione medico un terreno fertile per la tolleranza e la perpetuazione della struttura del sistema sanitario e la realizzazione della violenza ostetrica (Castro, 2019).

L'idea di replica e riproduzione di rapporti di potere infra-gerarchici era forse stata elaborata anche dal Movimento femminista di Ferrara, incontrato nel precedente paragrafo, nella campagna "*Basta tacere!*" del 1972. Qui i soggetti erano però le donne lavoratrici in posizioni subalterne nelle strutture sanitarie e non:

> Anche negli ospedali le donne vengono ricattate con il loro ruolo femminile e costrette a fare i lavori più pesanti e a far fronte con i turni più gravosi alle carenze organizzative. Anche a loro si spiega che devono accettare tutto per il bene dei malati – ed i malati la società li affida alle donne anche fuori dagli ospedali –. In realtà accettando il loro maggiore sfruttamento non fanno che coinvolgere nella loro debolezza tutti gli altri, nascondendo delle carenze organizzative che i malati pagano sulla loro pelle.
>
> Anche negli ospedali come nelle case e nelle scuole, le donne oppresse trovano sfogo al loro sfruttamento reprimendo chi è più debole di loro, soprattutto quindi le altre donne (*Basta tacere!* 1972: 20).

Ma se la violenza ostetrica è, sì, perpetuata da un ampio sistema strutturale, rimane tuttavia attuata e agita da singoli individui. Questi individui, secondo l'antropologa, detengono il potere di trasformare il diritto alla salute da sola a retorica a diritto reale e concreto. Il problema pratico rimane come tradurre le numerose leggi che difendono i diritti in un sistema sanitario.

La tendenza delle donne a normalizzare episodi di violenza (vissuti personalmente o indirettamente – come si riscontra anche nei commenti alle testimonianze della campagna *#Bastatacere* del 2016), come anche dagli operatori, viene intesa da Castro come una forma di resistenza, o in altri termini come una '*preferenza adattativa*': si preferisce tollerare un abuso piuttosto che mettere a rischio la propria vita o quella dei propri figli; oppure perché si è abituati a subire discriminazioni sessiste, razziste e classiste nella vita di tutti i giorni (Castro & Savage 2018). Questa forma di tolleranza ai maltrattamenti è strettamente collegata alle possibilità limitate degli individui che si trovano ad essere in posizioni di svantaggio e che allo stesso tempo creano tendenze alla subordinazione.

Infatti, la violenza ostetrica non viene a configura solamente nei termini di violenza strutturale, ma come una vera e propria tecnica di *governance riproduttiva*[12]. La forma negativa che assume l'interazione serve in una certa misura a riprodurre e promuovere i rapporti squilibrati di potere tra chi assiste e chi cura, portando dunque ad accettare la subordinazione attraverso l'assunzione di un atteggiamento passivo nelle azioni di controllo sul proprio corpo e sulla propria riproduzione. L'auto-etnografia biografica di Francesco Cappelletto non tocca il reparto ostetrico oggetto del nostro interesse, ma molte delle sue osservazioni si incontrano con quelle di Castro e Savage (2018). Per Cappelletto (2009), in generale, «il malato è certamente uno senza potere, […] ha un corpo 'reso docile' perché è il dolore che lo rende arrendevole […]. Il corpo malato è anche quello che deve 'prestarsi' come oggetto di conoscenza. In questo

[12] Le due autrici utilizzano la definizione di Morgan & Roberts in *Reproductive governance in Latin America* (in Antropology & Medicine 2012): «the mechanisms through which different historical configurations of actors – such as state institutions, churches, donor agencies, and non-governmental organizations (NGOs) – use legislative controls, economic inducements, moral injunctions, direct coercion, and ethical incitements to produce, monitor and control reproductive behaviors and practices» (Castro & Savage 2018:2).

assume un ruolo del tutto passivo […]. In cambio il medico 'presta' le sue cure» (205)[13]; in altri termini i pazienti si mettono nelle mani di chi può e sa curarli. Cappelletto indaga, inoltre, l'interazione medico-paziente come terreno di produzione della sofferenza nel momento in cui il vissuto del paziente viene abolito, il malato ridotto a mero corpo e il corpo alla sua malattia. L'impostazione di questo rapporto è rimandata al medico e può anche assumere atteggiamenti paternalistici, asettici, punitivi[14]. Detentore di un sapere inafferrabile, una delle modalità adottate è l'imposizione del silenzio (l'attitudine a non parlare, l'ironia sulla scrittura indecifrabile e le ricette comprensibili sono dai farmacisti): «mi pare che la distanza non abbia un campo d'azione puramente psicologico, inducendo disagio nel malato, bensì produca anche degli effetti bio-medici, ad esempio l'uso indiscriminato di farmaci o il ricorso massiccio ad esami diagnostici» (202).

Arachu e Savage (2018) hanno distinto sei diverse tipologie di violenza operate nel luogo ostetrico: l'*abuso verbale*, veicolato da un linguaggio irrispettoso, aspro, con insulti e rimproveri; lo *scarso rapporto* con le donne, la mancata o parziale comunicazione dei procedimenti adottati, barriere comunicative e linguistiche; la *discriminazione socio-culturale*, fondata su discriminazioni di tipo socio-economiche e insensibilità e indisposizione alla comprensione interculturale; l'*abuso fisico*, come l'esecuzione di procedure ed esami senza il consenso della donna, esami superflui e procedure non necessarie, contatti fisici dolorosi, il rifiuto alla somministrazione di antidolorifici e abusi sessuali; la *mancanza di rispetto degli standard professionali di cura*, come i ritardi, le attese, l'abbondono intenzionale dei pazienti, il rifiuto di cure mediche per una qualunque problematica di salute, la mancanza di responsabilità, di cure e di supporto nei confronti dei pazienti e violazione di riservatezza; infine, le condizioni del sistema sanitario, intese come l'incapacità di garantire la privacy, assegnare più pazienti nello

[13] […] HO ASSISTITO A CENTINAIA DI PARTI DA STUDENTESSA IN POSIZIONE LITOTOMICA, CON KRISTELLER PERCHÉ POI LA MENSA CHIUDEVA, CON EPISIOTOMIE PERCHÉ GLI SPECIALIZZANDI AVESSERO DA SUTURARE PER IMPARARE. HO VISTO "VENTOSE DIDATTICHE" […].

E ancora, dalle testimonianze di #Bastatacere (riportata al par. 3.2): «Credo mi abbiano infilato le mani in vagina una ventina di tirocinanti ("*è un ospedale universitario, signora*")».

[14] Dalle testimonianze di #Bastatacere (riportata al par. 3.2): «mi umilia, mi dice "*che non sono capace, che l'ho voluto io e che devo arrangiarmi*!" Chiedo l'epidurale e mi risponde "*ah, anche questo chiedono le pazienti adesso*?"». Continua «c*he razza di madre sei che non stai ancora allattando*?».

stesso posto letto, la mancanza di risorse per offrire standard confortevoli alle donne e il rifiuto delle visite di famigliari e visitatori.

La *governance* dei processi riproduttivi delle donne dominicane delle loro etnografie è agita dalle strutture sanitarie direttamente attraverso l'uso del *biopotere* teorizzato da Foucault (cfr. par. 1.3). Le condizioni e le possibilità di cura degli ospedali pubblici modellano le aspettative di cura e di nascita delle donne che si recano nelle strutture ospedaliere intervistate dalle due autrici, che percepiscono queste forme di violenza come risultanti dalla sola condizione di esserci 'troppe donne' da assistere, senza incolpare l'ospedale e gli operatori (e anzi, grate per la condizione a loro offerta[15]) e assumendosi perciò la responsabilità di adattare le loro pratiche alla condizioni offertegli, con atteggiamenti di autocontrollo e rassegnazione. Dai loro studi emerge come le donne che hanno temuto per la propria vita o quella dei propri bambini, che si sono rese conto della trascuratezza con cui sono state trattate, sono anche quelle che sviluppano una maggiore capacità riflessiva e critica sulle circostanze coercitive che hanno vissuto e che avrebbero potuto causargli anche la morte. Inoltre, è emerso come la normalizzazione della violenza influenzi e inibisca l'espressione di intenzioni di denuncia.

[15] Dalle testimonianze di #Bastatacere (riportata al par. 3.2): «Il mio parto è stato allucinante e gestito da persone degne di denuncia su questa pagina, ma se fossi stata a casa a partorire a quest'ora non starei a raccontarlo».

Conclusioni

Il percorso che ci ha condotti all'interpretazione del fenomeno della violenza ostetrica come violenza strutturale e *governance* della riproduzione è partito da lontano. Per farlo abbiamo dovuto denaturalizzare e storicizzare l'epistemologia medica, le rappresentazioni sulla gravidanza, sulla riproduzione e sul corpo, in particolare quello delle donne. Seguendo i silenzi istituzionali, sociali e politici sui corpi siamo arrivati ad ascoltare le voci di chi ha provato a colmare quei vuoti. Le due campagne analizzate ("*Basta tacere! testimonianze di donne*" e "*#Bastatacere: le madri hanno voce*") avevano l'obiettivo di rompere questi silenzi e dare voce alle donne. Ma quali donne? Quali voci? Chi si intende per 'madri italiane'? Per concludere, l'invito è quello di continuare a interrogarsi.

Si profila in questi eventi la necessità di domandare e capire quali soggetti abbiano prodotto testimonianze sui trattamenti subiti e chi invece è rimasto nel silenzio, e per quali motivi. Queste importanti dichiarazioni ci hanno raccontato solo alcuni dei molti volti dell'assistenza sanitaria delle donne che, in Italia, si recano nei reparti ospedalieri per partorire; tuttavia, rimane una descrizione parziale della realtà che porta a interrogarsi sulle politiche della rappresentazione in atto. Abbiamo già accennato, ma lo sottolineiamo qui nuovamente, che questo movimento si è rivolto in particolar modo alla 'madri', escludendo di fatto molte soggettività che entrano o meno in contatto quotidianamente con questi spazi e in questi luoghi. Credo che il concetto di violenza ostetrica abbia rischiato di essere circoscritto alla mera sfera del parto, mentre l'oggettivazione, l'appropriazione dei corpi, dei propri processi biologici, la mancanza di dignità, l'abuso verbale, la mancanza di privacy ecc. si realizzino anche per quegli attori sociali che si recano nei reparti di Ostetricia e Ginecologia senza che il fine o la ragione siano la gravidanza o il parto. Inoltre, possiamo supporre che siano assenti dalla campagna le voci di tanti, a partire da di chi non aveva i mezzi per accedere alla sua condivisione, il possibile scoglio linguistico, o ancora l'inibizione alla "denuncia" dovuto a timore o alla normalizzazione della violenza.

La campagna mediatica è stata realizzata in supporto e successivamente alla deposizione della PDL Zaccagnini, che ci racconta qualcosa in più rispetto alla volontà di tutelare i propri diritti. La presentazione del reato di violenza ostetrica è affiancata dalla promozione del parto fisiologico. In un certo senso, è possibile leggere come in realtà sia stata la ipermedicalizzazione a diventare bersaglio, nemico da combattere e causa degli atti di violenza nei confronti delle donne. Il parto con taglio cesareo, emblematico, viene definito come un intervento chirurgico invasivo e pericoloso sia per la salute della donna che per il bambino, producendone una narrazione piuttosto negativa. E il parto 'naturale' lo strumento per combatterla. Dalle testimonianze della campagna, tuttavia, è emerso come il taglio cesareo venga anche richiesto, perché percepito più sicuro o semplicemente perché preferito. La voce di un'operatrice (riportata al par. 3.2.) ha inoltre messo in evidenza come, già da tempo in Italia, si combatta contro il taglio cesareo e che questo, nel suo ambiente lavorativo, abbia portato a un tentativo di regime maggiore di parti fisiologici. Sempre dai racconti emerge però che le lunghe attese, le induzioni precoci del parto e la mancanza di adeguata assistenza si traducono spesso in parti cesarei d'emergenza ed episiotomie altrimenti evitabili. La credenza che le donne istintivamente sappiano e preferiscano partorire per via vaginale rischia, paradossalmente, di privare le donne del controllo sui propri processi riproduttivi, imponendo nuovamente un sapere/potere sui loro corpi. Inoltre, con le narrazioni, non del tutto nuove, su 'parto naturale' e 'parto cesareo' – e la loro polarizzazione, si corre il rischio di produrre una certa violenza simbolica nel momento in cui una donna dovesse decidere di non intraprendere un 'parto fisiologico'. Le sanzioni penali ed economiche e i nuovi protocolli richiesti al personale sanitario rischierebbero forse di produrre una maggiore medicalizzazione e controllo sull'evento del parto. Questo insieme di protocolli e procedure proposte appare come un tentativo di ribaltare le frequenti dinamiche di potere (denunciate nella campagna) del rapporto medico-paziente, nonché di spostare questo particolare tipo di governance dalla sfera riproduttiva alla sfera assistenziale, in un controllo sui corpi degli altri. Tutto questo in un contesto in cui la riuscita delle cure ospedalieri è legata a un rapporto tra operatori ed utenti basato sulla fiducia, come abbiamo visto spesso già incrinata.

BIBLIOGRAFIA

BENEDUCE R.**,** 2008 *Introduzione. Etnografie della violenza.* In AA.VV., (2008) *Violenza, Annuario di Antropologia, Vol. 9-10*. Meltemi, Roma.

BURGOIS P., SCHONBERG J., 2011 *Reietti e fuorilegge. Antropologia della violenza nella metropoli* americana. DeriveApprodi, Roma (ed. Or. *Righteous dopefiend*, University of California Press, Berkeley CA, 2009).

CANGUILHEM G., 1998 *Il normale e il patologico*. Giulio Einaudi editore, Torino (ed. or. 1966 *Le normal et le pathologique*, Presses Universitaires de France, Paris).

CAPPELLETTO F., 2009 *Vivere l'etnografia. Osservazioni sul rapporto medico-paziente*. In Cappelletto F., (2009) (a cura di) *Vivere l'etnografia.* SEID, Firenze.

CASTRO A & SAVAGE, V., 2018 *Obstetric Violence as Reproductive Governance in the Dominican Republic* in Medical anthropology, 15 November 2018, p 1-14.

CASTRO A., 2019 *Witnessing Obstetric Violence during Fildwork: Notes from Latin America* in Health and Human Rights Journal, June 2019, Volume 21, Number 1, p. 103-113.

COSSUTTA C., 2015 *Corpi pubblici: cittadinanza, maternità e potere a partire da Mary Wollstonecraft*, PhD thesis, Università degli studi di Verona.

DUDEN B., 2002 *Il corpo della donna come luogo pubblico. Sull'abuso del concetto di vita*. Bollati Boringhieri, Torino (ed. or. 1991 *Der Frauenleib als öffentlicher Ort. Vom Mißbrauch des Begriffs Leben*).

DUDEN B., 2006 *I geni in testa e il feto nel grembo. Sguardo storico sul corpo delle donne*. Bollati Boringhieri, Torino (ed. or. 2002 *Die Gene im Kopf - der Fötus im Bauch: Historisches zum Frauenkörp*, Offizin-Verlag, Hannover).

FARMER P., 2006 *Un'antropologia della violenza strutturale.* In AA.VV., (2006) *Sofferenza Sociale, Annuario di Antropologia*, Vol. 8. Meltemi, Roma.

FOUCAULT M., 1969 *Nascita della clinica. Il ruolo della medicina nella costituzione delle scienze umane*. Giulio Einaudi editore, Torino (ed. or. 1963 *Naissance de la clinique. Une archéologie du regard médical*, Presses Universitaires de France, Paris).

FOUCAULT M., 1976 *Sorvegliare e punire. Nascita della prigione*. Giulio Einaudi editore, Torino (ed. or. 1975 *Surveiller et punir. Naissance de la prison*, Editions Gallimard, Paris).

FOUCAULT M., 1991 (1978) *Storia della sessualità 1. La volontà di sapere*. Giangiacomo Feltrinelli Editore, Milano (ed. or. 1976 *La volonté de savoir, Éditions Gallimard*, Paris).

FOUCAULT M., 1997 *La politica della salute nel XVIII secolo, 1976*. In Dal Lago, A., (1997) (a cura di) *Archivio Foucault. Interventi, colloqui, interviste, Vol. 2. 1971-1977. Poteri, saperi, strategie*. Giangiacomo Feltrinelli Editore, Milano (ed. or. 1994 *Dits et ècrits*, Éditions Gallimard).

KLEINMAN A., KLEINMAN J., 2006 *La sofferenza sociale e la sua trasformazione professionale: verso una etnografia dell'esperienza interpersonale*. In Quaranta, I., (2006) (a cura di), *Antropologia medica. I testi fondamentali.* Raffaello Cortina, Milano.

LAVENDA R.H. & SCHULTZ E.A., 2015 *Antropologia Culturale* (Terza edizione italiana). Zanichelli, Bologna (ed. or. *Cultural Anthropology: A Perspective on the Human Condition*, 9th Edition. Oxford University Press, 2014).

MARTIN E., 2001 *The woman in the body. A Cultural Analysus of Reproduction: with a new introduction.* Beacon Press, Boston MA (ed. or. 1987).

MATTALUCCI C., 2017 (a cura di), *Antropologia della riproduzione. Attese, fratture e ricomposizioni della procreazione e della genitorialità in Italia*. Raffaello Cortina Editore, Milano.

MATTALUCCI C., 2018 *Perdite in gravidanza e esperienze di maternità.* In Giuffré. M., (2018) (a cura di), *Essere madri oggi. Etnografie della maternità nell'Italia contemporanea.* Pacini, Pisa.

PANCINO C., 1984 *Il bambino e l'acqua sporca. Storia dell'assistenza al parto dalle mammane alle ostetriche (secoli XVI-XIX).* Franco Angeli Libri s.r.l., Milano.

PUTINO A., 2011 *I corpi di mezzo. Biopolitica, differenza tra sessi e governo della specie.* Ombre corte, Verona.

QUARANTA I., 2006a *Introduzione*. In Quaranta, I., (2006) (a cura di), *Antropologia medica. I testi fondamentali.* Raffaello Cortina, Milano.

QUARANTA I., 2006b *Introduzione*. In AA.VV., (2006) *Sofferenza Sociale, Annuario di Antropologia*, Vol. 8. Meltemi, Roma.

SCHEPER-HUGHES N. & LOCK, M., 2006 *Un approccio critico-interpretativo in antropologia medica: rituali e pratiche disciplinari e di protesta*. In Quaranta, I., (2006) (a cura di), *Antropologia medica. I testi fondamentali.* Raffaello Cortina, Milano.

SCHEPER-HUGHES N. & LOCK M., 1978 *The mindful body: a prolegomenon to future work in medical anthropology*. Medical Anthropology Quarterly, 1, 1, pp. 6-41.

SITOGRAFIA

BASTA TACERE!, 1972 *Basta tacere! testimonianze di donne: parto aborto gravidanza maternità / Movimento di lotta femminista* '. Disponibile in formato digitale www.femminismoruggente.it/femminismo/pdf/1972/basta_tacere.pdf (consultato il 30/09/2019).

BASTA TACERE, 2016 *Basta tacere: le madri hanno voce*. Testimonianze disponibili su facebook.com/bastatacere/ (consultato il 30/09/2019).

ISTAT, 2015 *La salute riproduttiva della donna*. Disponibile su: Istat.it (consultato il 30/09/2019).

OMS, 2014 *La Prevenzione ed eliminazione dell'abuso e della mancanza di rispetto durante l'assistenza al parto presso le strutture ospedaliere*. Disponibile su https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134588/WHO_RHR_14.23_ita.pdf.

OVOITALIA, 2016 *Report #Bastatacere*. Disponibile su: ovoitalia.wordpress.com (consultato il 30/09/2019) e in formato digitale all'indirizzo: https://drive.google.com/file/d/0B_KmD2knv2O6TXlwa3VmNTQwd2M/view.

View publication stats