

Sara Bonfanti

**Farsi madri.
L'accompagnamento alla nascita in una prospettiva interculturale**

© CIRSDe (Centro Interdisciplinare Ricerche e Studi delle Donne)

Via S. Ottavio 20, 10124 Torino

tel. 011/6703129, fax 011/6709699

www.cirsde.unito.it

cirsde@unito.it

Prefazione

Sara Bonfanti ci offre una riflessione originale sui processi di costruzione sociale della maternità, definiti nel testo con il fortunato neologismo di matro-poiesi: diventare madri è il risultato di un intervento culturale (oltre che di un processo biologico) messo in atto dalla comunità che propone e impone specifici modelli di maternità; allo stesso tempo però la donna stessa interviene attivamente su tali modelli, operando selezioni e talvolta innovazioni, per costruire il suo personale modo di essere madre. Il processo di trasformazione della donna in madre si avvia nel periodo della gravidanza, si radica profondamente nella psiche durante l'intensa e spesso dolorosa esperienza del parto, e successivamente si consolida durante il puerperio. Alle trasformazioni biologiche che separano il nascituro dal corpo della donna si accompagnano una serie di processi culturali e psicologici necessari a orientare i ruoli e le funzioni sociali connessi con la riproduzione verso modelli socialmente accettabili.

Alla base di questa riflessione c'è una ricerca sul campo svolta dall'autrice nel 2008 nella regione di Bergamo, in vista della tesi magistrale. Lavorando in un territorio profondamente segnato dall'immigrazione da un lato e da un tessuto sociale marcato dalla cultura cattolica e da quella leghista dall'altro, Sara Bonfanti si è potuta confrontare con una realtà sorprendentemente dinamica, dove il modello locale di madre va modificandosi a partire dall'incontro concreto con concezioni della maternità provenienti da mondi lontani. Il risultato è un ibrido che va a intaccare sia l'immagine delle madri italiane sia quella delle donne migranti, rimescolando e re-inventando la concezione stessa della maternità alla ricerca di qualcosa di nuovo e di creativo.

Nella nostra società, l'esperienza della maternità viene di norma gestita all'interno di un quadro di riferimento medico-sanitario, nelle cui maglie si operano tuttavia scelte socio-culturali fondamentali. La prima parte del lavoro ripercorre dunque alcuni momenti della riflessione teorica prodotta dall'antropologia medica, riportando lo statuto delle conoscenze mediche occidentali all'espressione di un discorso socio-culturale in grado di esercitare sugli individui un controllo non privo di costrizioni e violenze (si pensi al costante riemergere nel nostro paese di un esacerbato dibattito sull'interruzione volontaria di gravidanza o sulle modalità di accesso alle tecnologie riproduttive). Un discorso che, grazie all'autorevolezza e al prestigio che gli deriva dall'essersi generato all'interno della tradizione scientifica occidentale, è in grado di disciplinare il potere riproduttivo delle donne (il "potere del ventre") e i suoi prodotti, investendo direttamente la struttura di genere. La medicalizzazione della gravidanza e del parto, che ovviamente non possono

essere considerati fenomeni patologici (almeno nei casi non a rischio), ha avuto infatti l'effetto di delegare ai medici e al personale sanitario il compito di strutturare quest'esperienza fondamentale secondo modelli istituiti nella teoria ma soprattutto nella pratica medica. Più in generale, la visione medicalizzata della maternità tende a riprodurre una naturalizzazione del rapporto madre-figlio che riemerge costantemente nel mito dell'istinto materno, ostacolando la riflessione relativa alle scelte e agli interventi necessari alla costruzione di modelli consapevoli, che risultano quanto mai auspicabili.

Al di là della medicalizzazione, tuttavia, l'ambiente familiare e quello sociale restano pur sempre determinanti nel fornire alle donne una griglia di significati e di valori necessari a "leggere" e interpretare ciò che accade nel loro corpo. La riflessione di Bonfanti si snoda in quest'ambito ripercorrendo la storia della salute riproduttiva in Italia, delle sue tecniche e delle sue concezioni, per poi passare a valutare lo scenario più recente in cui progetti ospedalieri e territoriali sperimentali lavorano ad accogliere l'esperienza delle donne migranti e le loro specifiche concezioni di maternità. Il panorama che scaturisce da questa analisi mostra la complessità e il pluralismo del percorso della nascita, che oggi in Italia si apre di fatto a una molteplicità di modelli cui è possibile rivolgersi nel rispetto di scelte individuali e familiari.

I casi di donne immigrate presentati nel lavoro forniscono una serie di spunti interessanti. La maternità "migrante" è vissuta in generale nella prospettiva di costruire bambini che possano diventare cittadini italiani, pur partendo da presupposti culturalmente differenti. Queste donne non tentano dunque di ricreare la concezione di maternità del loro paese d'origine, sono loro le prime ad essere immerse nella dimensione del cambiamento. E' tuttavia resta fondamentale la necessità di mantenere la memoria della cultura d'origine preservando alcuni dei valori che in essa fondano l'esperienza riproduttiva. Si fa strada dunque l'esigenza di offrire a queste donne (come anche alle donne italiane a loro volta immerse nella pluralità di modelli tipica della globalizzazione) la possibilità di affrontare la maternità, il parto e il puerperio in una prospettiva interculturale.

Lo scenario che questo lavoro descrive lascia intravedere in definitiva una riconfigurazione della cultura riproduttiva che contempi un'ibridazione di modelli, nella logica "meticcica" di una matropoesi interculturale. Si tratta di un processo che arricchisce le nostre possibilità di pensare, concepire e vivere la riproduzione operando scelte consapevoli. Nonostante il persistente controllo di una cultura "alta" che, attraverso il discorso della scienza, tenta di riprodurre una visione uniformante della maternità e della struttura di genere, la realtà qui descritta appare molto più complessa, ricca e sfumata. E proprio la complessità e la pluralità di modelli e opportunità offerte dalla società multiculturale potrebbe forse aprire la strada a una maggior libertà nella determinazione dei comportamenti individuali, in una sfera fondamentale dell'esperienza umana. Preso atto di questa complessità e delle opportunità che offre, Sara Bonfanti sottolinea infine come

l'attesa si riveli una condizione molto più attiva di quello che ci si potrebbe immaginare: “non uno stato latente che anticipa il dramma della nascita, ma un processo vissuto come una laboriosa attribuzione di senso, in cui la donna si costruisce come madre ai propri occhi e a quelli della collettività”.

Il naturale proseguimento e completamento di questo lavoro, che qui si vorrebbe auspicare, riguarda l'altra faccia della medaglia: la costruzione culturale del padre e della paternità. Si tratta di uno sviluppo necessario nella misura in cui si riconosca la natura complementare delle strutture di genere e delle loro specifiche caratteristiche. Anche in quest'ambito la nuova complessità offerta dal crescere della società multiculturale apre nuovi spunti di riflessione, particolarmente utili nei confronti di un'identità, quella maschile, che risulta oggi disorientata dal cambiamento delle strutture di genere e nel contempo poco sostenuta da un'adeguata riflessione teorica. Più in generale, l'antropologia della riproduzione dà prova di costituire un campo straordinariamente ricco e promettente, in grado di aiutarci a comprendere meglio i poderosi processi di cambiamento che stanno investendo le strutture di genere.

Cecilia Pennacini, Università di Torino

Indice

Introduzione: la maternità tra esperienza e istituzione.....	1
1. La semiotica della nascita e l'esperienza del transito	3
1.1 Oltre il binomio natura e cultura	3
1.2 Genere, salute, migrazioni: itinerari al femminile.....	5
1.3 Il confronto come costruttore di senso	6
2. Etno-ostetricia e antropologia della riproduzione	8
2.1 Ginecologia, demografia e scienze sociali... ..	8
2.2 Sistemi di nascita, culture del parto e biotecnologie.....	12
3. Tra teoria ed etnografia	15
3.1 Sul campo: un'arena di attori in gioco	15
3.2 Per una fenomenologia del sé e della cultura.....	18
3.3 Limiti del metodo e portata etica del lavoro	19
4. La gravidanza: una costruzione socioculturale di genere	20
4.1 Il “valore” della capacità riproduttiva	20
4.2 Nozioni e pratiche ostetriche in competizione	22
4.3 Un processo di personificazione	28
5. La <i>paideia</i> della maternità.....	30
5.1 Trasmissione di sapere e gesti di cura.....	30
5.2 La riflessione psicoanalitica	33
5.3 Corpo, sapere e potere	33
5.4 Maternità e mezzi di comunicazione.....	35
6. La medicalizzazione del corpo femminile come vettore ideologico.....	37
6.1 La gestazione in biomedicina: una fisiologica patologia	37
6.2 Una prospettiva storica sulla salute riproduttiva in Italia.....	37
6.3 Sistemi di nascita a confronto	40
6.4 Il rischio, tra reale e percepito	42
7. Vincoli, possibilità e strategie	43
7.1 Reti multiple di relazione e capitale sociale: famiglia, comunità, servizi	43
7.2 Empowerment e gruppi d'aiuto.....	46
7.3 Le alternative della cultura riproduttiva	48
Conclusioni: una logica meticcias, incorporare il sapere materno	50
Bibliografia e sitografia	56

Introduzione: la maternità tra esperienza e istituzione

Se ogni progetto di ricerca parte da precisi interessi scientifici e personali, il presente lavoro nasce dalla convergenza tra le mie esperienze di maternità e le riflessioni maturate frequentando il corso di perfezionamento in antropologia medica presso l'Università di Milano-Bicocca.

Già durante la prima gravidanza, nel 2002, avevo colto come diventare madre fosse più gravoso del semplice portare in grembo un bambino. I nove mesi di gestazione mi erano parsi scanditi da continui incontri, pratiche, conoscenze inerenti al mio nuovo stato bio-sociale di donna in attesa. Quando sei anni più tardi mi scoprii incinta per la seconda volta, pensai che valesse la pena provare a fare ricerca su quell'idea germinale. Essere “con la pancia” sul campo mi metteva in una condizione privilegiata, consentendomi di accedere di diritto agli spazi pubblici destinati alla cura e formazione delle gestanti. D'altro canto, questo presupposto mi esponeva anche a dilemmi e frustrazioni, al sospetto degli operatori sociosanitari e alla fatica di *partecipare osservando*.

Il momento della riproduzione, in quanto *fatto* di cultura, vede in atto laboriose operazioni di strutturazione del sociale e di posizionamento degli individui al loro interno. Anche e soprattutto durante la gravidanza, quando è vissuta nel corpo, la procreazione si connota come simultanea esperienza e rappresentazione. In ogni contesto storico la transizione alla maternità non è un semplice momento individuale, ma è attuata con riti collettivi che socializzano la donna al ruolo materno attribuitole secondo i modelli culturali vigenti.

Oggi in Italia, come altrove in misure differenti, le procedure standardizzate cui una gestante può sottoporsi dal concepimento al puerperio testimoniano come la medicalizzazione (che riduce un fatto umano a problema clinico) sia una diffusa modalità culturale di gestire la nascita. In particolare, i corsi di educazione prenatale sono un potente dispositivo con cui disciplinare le future madri, tanto ai metodi dell'ostetricia ospedaliera, quanto a più generali assunti di politica riproduttiva (Davis-Floyd, 1992). Al contempo, questi luoghi di confronto tra donne diverse che condividono l'esperienza della maternità divengono arene di mediazione tra saperi e pratiche ostetriche, innescando importanti trasformazioni sociali.

Il metodo di ricerca adottato si è nutrito della riflessione su un'ampia bibliografia interdisciplinare e della raccolta diretta di dati tramite osservazione, testimonianze orali, analisi testuale. Partecipando a vari momenti formativi prenatali allestiti dai servizi territoriali in provincia di Bergamo, dove risiedo, ho cercato di comprendere come vengano preparate le future madri al parto e alla genitorialità, cogliendo dietro i gesti di cura altrettante prassi didattiche. Confrontando le voci e le

interazioni di chi *agisce* la procreazione in area orobica, donne e professionisti dell'assistenza al parto, ho affrescato un quadro fluido e dinamico della cultura riproduttiva locale.

Da un lato, ho parlato di *incorporazione culturale* della gravidanza, ribadendo come l'esperienza sensibile della maternità sia inscindibile dalla sua elaborazione cognitiva. Dall'altro, ho rilevato che i *discorsi riproduttivi* non sono mai statici ed equivalenti ma dinamici e contingenti.

Nel corso di questa ricerca, mi sono resa conto non solo della varietà e talvolta incongruenza delle ideologie con cui si formano le donne al compito di madri, ma anche dell'eterogeneità delle esperienze riproduttive. Riscontrando una decisa crescita nell'affluenza delle migranti ai contesti di assistenza perinatale, ho avuto modo di confrontare non solo *idee* sulla riproduzione, ma soprattutto *esistenze* femminili che investono nella maternità in modi diversi ma non incompatibili.

Se l'esperienza della gravidanza è esclusivamente femminile, la riflessione sulla procreazione è di dominio universale, anche degli uomini e di chi non ha interesse a fare figli, fosse solo per il fatto che siamo tutti "nati da donna". Quest'aforisma, che ricalca il titolo di un celebre testo femminista sulla maternità (Rich, 1976), è stato espresso dall'unico ostetrico uomo incontrato durante la ricerca (Carlo¹), di cui riporto alcune parole significative pronunciate durante l'intervista circa la propria scelta professionale:

"Non aveva scritto Shakespeare qualcosa come 'siamo fatti della stessa materia di cui sono fatti i sogni'? Ecco, a me piace pensare che tutti noi siamo fatti del pane e dei sogni che hanno nutrito le nostre madri mentre ci aspettavano".

¹ Per tutelare l'anonimato degli informatori, tutti i nomi qui riportati sono fittizi.

1. La semiotica della nascita e l'esperienza del transito

1.1 Oltre il binomio natura e cultura

Intendendo per “cultura” un codice di espressione contingente del rapporto tra l'uomo e la natura (Buttitta, 1996), riconosciamo che la nostra capacità simbolica di astrazione e comunicazione è rintracciabile anzitutto nel *ciclo di vita* di ogni individuo. Di tutte le esperienze umane, nascita e morte sono emblematiche “forme elementari dell'evento” (Augè, Herzlich, 1983), manifestazioni biologiche inscritte in corpi individuali, ma sempre sottoposte a interpretazione sociale.

Se la riproduzione è un *significante sociale*, oggetto di discorsi storicamente situati, l'esperienza femminile del procreare è incisa da un'evidente differenza di genere. Il potere riproduttivo detenuto dalle donne viene sistematicamente subordinato a istanze di controllo sociale (Forni, Pennacini, Pussetti, 2005), che ne definiscono le modalità autorizzate di rappresentazione e di gestione.

La gestazione può essere considerata come un momento di passaggio (Van Gennep, 1909), tanto per il nascituro che si sta formando per venire al mondo, quanto per la donna che si trasforma in madre esplicando il proprio potenziale biologico e ruolo socialmente atteso. Dal momento che gravidanza e parto individuano delle *soglie*, dei potenti momenti di transizione della persona in società, ogni cultura attiva procedure di stabilizzazione di questi passaggi critici, sia attraverso riti precisamente cadenzati che attraverso processi formativi diffusi e anonimi (Davis-Floyd, 1992). Muovendosi all'interno di una prospettiva *antropo-poietica* (Remotti, 1996), secondo la quale le culture provvedono alla plasmazione degli esseri umani, e distinguendo tra attività andro- e ginecopoietiche, che formano gli individui secondo modelli di umanità segnati dal genere, questo lavoro cerca di mettere in luce i molteplici procedimenti che concorrono a costruire *canoni* di maternità.

Insistere sul connubio femminilità-maternità non significa sostenere che le donne siano pienamente tali solo se divengono madri, per scelta o per necessità, ma riconoscere che la fisiologia femminile è contrassegnata dalla predisposizione alla maternità (Mead, 1949) e che questa consapevolezza rimane insita nella vita delle donne anche quando non sia portata a compimento.

La stessa categoria di maternità, intesa come una delle declinazioni di femminilità, non è né storica né universale. Anche nel discorso pubblico si produce una certa idea di madre, se ne propongono rappresentazioni storicamente significative (D'Amelia, 1997), che si realizzano nei vissuti individuali. Nel diritto e nella morale sono imprese autentiche svolte nell'interpretazione della

maternità: basti pensare alle linee di confronto tra le due leggi italiane sulla procreazione in negativo (194/1978) e in positivo (2004/04)².

All'interno della cultura riproduttiva del nostro Paese, il linguaggio medico è diventato il più autorevole registro ideologico di costruzione della maternità e il modello che esso propone gode di ampio consenso sociale. L'affermazione collettiva di una *realtà del rischio*, che deve essere opportunamente arginata, ha dato adito alla medicalizzazione della vita quotidiana in generale (Maturo, Conrad, 2008) e della salute riproduttiva in particolare (Lombardi, 2009). E' fondamentale notare che l'assistenza sanitaria comprende sia la sfera propriamente clinica che quella socio-simbolica, non è solo nosologia, ma ancor prima "presa in carico"³.

Che cura e formazione prenatale siano inestricabili è premessa di ogni percorso di educazione alla natalità. In Italia, dalle prime esperienze degli anni Settanta ad oggi, i tradizionali "corsi di preparazione al parto", ribattezzati "percorsi di accompagnamento alla nascita", sono divenuti veri e propri presidi socio-sanitari. Da strumento didattico e socializzante delle gestanti al parto passivo in clinica, questi momenti formativi si sono riqualificati come contesti di trasformazione del sapere materno, che non solo è *sulle* madri, ma che proviene *dalle* madri. Nella pratica quotidiana l'educazione prenatale si configura come sito di rielaborazione della cultura riproduttiva. La grande varietà nella conduzione dei corsi, le diverse epistemologie della nascita che vi vengono presentate e le pratiche discorsive che li animano (dove l'impatto delle storie di vita personali sovrasta il registro medico prescrittivo) connotano i percorsi nascita come frammenti di riproduzione, contestazione, trasformazione di una via maestra della cultura riproduttiva nazionale. Inoltre, la crescente frequenza ai corsi da parte di soggetti immigrati (statisticamente sempre più significativa) rende questi momenti di confronto ancora più complessi.

L'idea banale che la maternità nel corpo sia equivalente in ogni donna, in nome di un'universalità naturale, crolla rapidamente nei racconti che le stesse gestanti si scambiano. L'esperienza processuale del procreare chiama in causa una pluralità di sensi, e come percezioni sensoriali, e come rappresentazioni simboliche.

L'incontro con le madri migranti è stato particolarmente significativo perché nelle difficoltà di trasposizione delle esperienze *altre* di maternità, e nei personali tentativi di adattamento alla diversa realtà migratoria, è stato possibile decostruire la reificazione culturale della nascita. Confrontando differenti esperienze riproduttive si è rilevato come, nelle quotidiane prassi sanitarie, venga naturalizzato (e in parte contestato) un certo *design* della nascita (De Vries et al., 2001).

²Che hanno disciplinato, rispettivamente, l'interruzione volontaria di gravidanza e la procreazione medicalmente assistita.

³Si veda a questo proposito la compresenza di *cure/care* nel registro medico e la sottile distanza tra *cura* e *terapia* (Pizza, 2005:229)

1.2 Genere, salute, migrazioni: itinerari al femminile

Il binomio riproduzione/migrazione è urgente per diverse ragioni. Anzitutto la crescita demografica in Italia è data principalmente dall'indice di natalità degli immigrati, che contrasta l'alto tasso d'invecchiamento delle popolazioni occidentali in questa fase storica. Procreazione e migrazione sono poi considerabili tanto come fenomeni che come esperienze, raccordano il personale al sociale, il privato al pubblico, essendo entrambe caratterizzate da una dimensione processuale. Richiamandoci alla "doppia assenza" del migrante, all'*a-topia* di chi emigra ed immigra (Sayad, 2002), rinveniamo nelle biografie delle migranti in attesa un doppio straniamento. Nel panorama fluido della cultura riproduttiva locale, ricostruire e collocare questi altri "sensi dell'attesa" diventa rilevante e pertinente.

La quasi totalità delle donne migranti nel mondo sono individui "in età fertile" (Lombardi, 2006). Coloro che approdano in Italia, sia per ricongiungimento familiare che per un progetto di vita singolo o di coppia, sono consapevoli che una potenziale maternità si compierà nel Paese di arrivo (Balsamo, 1997). La natalità immigrata incide anzitutto sulla ristrutturazione del sistema sanitario (Pasini, Pullini, 2002; Tognetti, Bordogna, 2005), per poi ripercuotersi su tutti i settori della vita sociale (Cattaneo, Dal Verme, 2005).

Diversi sono gli enti di ricerca statistica che pubblicano annualmente rapporti sullo stato immigratorio nel Paese, sia su base nazionale (Caritas-Migrantes, 2009), che regionale (ISMU, 2009). Per quanto riguarda il territorio bergamasco, abbiamo considerato i dati forniti dal settore Politiche Sociali della Provincia (Osservatorio Regionale Integrazione e Multietnicità). Ne è emerso un quadro molto generico della realtà sociale migrante: in particolare, a parte il raffronto statistico uomini-donne, si segnala un certo oscurantismo sulle specificità di genere. La condizione sociale della migrazione al femminile rimane piuttosto inesplorata, come se ancora una volta le donne esistessero in uno spazio più privato che pubblico, comunque domestico, sia che si tratti di prendersi cura della propria famiglia, che di quella altrui⁴.

La migrazione femminile diviene invece sempre più determinante, perché comporta forti cambiamenti sia nelle strutture familiari in terra di partenza, sia in quella di transito e permanenza (Balsamo, 2003). La maternità delle immigrate accresce la complessità di queste vite translocali (Mariti, 2003) ed è un tema centrale con cui si devono confrontare gli studi sulle migrazioni in un'ottica di genere.

L'interesse di ricerca per le maternità migranti non si limita a un raccolta antologica di saperi e pratiche *altri* per il gusto dell'esotico tra noi.

⁴ Basti pensare alle migliaia di badanti, per lo più dell'est europeo, sudamericane o asiatiche, che si fanno carico degli anziani ignorati dallo stato sociale italiano (Ehrenreich, Hochschild, 2004).

La posizione non simmetrica di un immigrato rispetto a un autoctono, in termini di riconoscimento sociale, consente di mettere in questione l'assetto della "politica culturale della riproduzione" (Ginsburg, Rapp, 1995). Distinguere tra immigrati e semplici stranieri (Sayad, 2002) significa richiamare non solo la diversità culturale dei migranti, ma anche la loro marginalizzazione, esito di un'inclusione differenziata alla cittadinanza. La costruzione giuridica dei migranti in negativo, come "non-persone" (Dal Lago, 1999), crea i presupposti per una disuguaglianza nella possibilità di riconoscimento, accesso e fruizione dei servizi pubblici in uno Stato-nazione (Bracci, Cardamone, 2005). Questa situazione, acuita dall'introduzione del "reato di clandestinità" nel 2009, è oggetto di duro dibattito, contravvenendo al principio costituzionale di diritto alla salute per tutti.

A Bergamo, un tentativo di ovviare a tale discriminazione è portato avanti dallo sportello volontario Oikos⁵. A quest'istituto si rivolgono molte donne migranti irregolari, per chiedere assistenza sanitaria e spesso per far fronte a gravidanze indesiderate. Anche per quanto riguarda il percorso nascita, vi è ancora uno scollamento tra la realtà sanitaria italiana e la crescente natalità delle donne immigrate (Castiglioni, 2001, 2004; Dotti, Luci, 2008). Con le parole dell'ostetrica Rosa, le migranti "risultano *inadempienti*, perché la nostra educazione prenatale è concepita sul target 'donna italiana' e non sempre raggiunge anche la *straniera*".

I migranti offrono agli "indigeni" la possibilità di vedere l'arbitrarietà del proprio mondo, perché non solo si spostano nello spazio, ma "spostano lo spazio" della società d'arrivo per potervi abitare (Sossi, 2005). Cerchiamo dunque di collocarci, alla maniera delle donne migranti, su questo crinale d'indagine, per comprendere come la "politica riproduttiva globale" (Ginsburg, Rapp, 1995) si delinea nel nostro locale quotidiano, rimuovendo il velo di ciò che è dato per scontato.

1.3 Il confronto come costruttore di senso

Se l'indagine etnografica intrapresa va contestualizzata, ciò non toglie che risultati particolari possano essere confrontati con altri casi di studio.

La provincia orobica presenta alcune caratteristiche peculiari nel panorama dell'Italia settentrionale. Le più recenti stime demografiche⁶ del comune di Bergamo registrano una popolazione di circa 120.000 unità, su oltre un milione di abitanti dell'intera provincia. La percentuale immigrata

⁵ Si tratta di un "ambulatorio medico di primo livello per persone immigrate non iscritte al S.S.N." fondato nel 1994 con la finalità di "promuovere una cultura che riconosce nella salute un diritto primario di chiunque". Vi operano, a titolo volontario, otto medici, un ginecologo, un'ostetrica e venti operatori sociali. (Dal colloquio con il dottor A. Pendezzini, medico volontario presso *Oikos*.)

⁶ Secondo i dati ISTAT al 30/06/2009, riportati sul sito www.demo.istat.it

(frammentata in numerose comunità di cui le più consistenti provengono da Bolivia, Romania, Marocco) si attesta oltre il 7%, esclusi gli “irregolari” non rilevati. Sotto il profilo economico, tipico del nord-est italiano, l’industria bergamasca è costituita soprattutto da piccole-medie imprese. Nonostante la crisi finanziaria, il tasso provinciale di disoccupazione rimane il più basso della regione Lombardia (2,6%, secondo i dati Istat 2009).

Due tratti culturali locali risultano pertinenti: la radicata presenza di un tessuto istituzionale legato alla Chiesa Cattolica e la recente diffusione di un sentire politico-popolare ispirato alla Lega Nord. Queste istituzioni, l’una religiosa, l’altra secolare, mettono in campo due visioni del mondo in parte radicalmente diverse e in parte contigue. Da un lato troviamo l’esortazione cristiana all’accoglienza, che talora aspira alla riconduzione ecumenica delle diversità, dall’altro il tentativo di espungere da un territorio miticamente connotato le differenze che ne minano l’originarietà. Certo non tutti i soggetti d’indagine ricadono nello spettro culturale delineato, tuttavia gli effetti di questo clima d’opinione sono ravvisabili anche nei discorsi riproduttivi. E’ sintomatico il recente contrasto sulla concessione della benemerita civica all’associazione Oikos: avanzata dal gruppo minoritario in giunta comunale e sottoscritta dalla Caritas diocesana, questa proposta è stata bocciata dal Sindaco di Bergamo e dalla maggioranza leghista⁷.

Condurre un’indagine qualitativa ha significato restringere il campo alla densità di pochi soggetti di ricerca, selezionati nei luoghi ove si incontrano gestanti e operatori di cura. Se le interviste semi-strutturate si sono assestate sulla ventina, gli individui coinvolti sono stati molto più numerosi per quanto concerne i colloqui informali e l’osservazione partecipante. In proposito rivendico la scelta metodologica di prendere in considerazione sia donne autoctone che migranti di diversa origine. L’arbitrarietà di questa apertura di campo può essere considerata un limite, d’altro canto ricusare la logica della compartimentazione culturale a priori (Baumann, 2003:146) permette di far emergere nuove questioni, grazie al dialogo tra voci altre.

L’indagine empirica, pur condotta in un territorio ben delimitato, è stata a suo modo di tipo multi-locale. I contesti dove ho fatto ricerca, partecipando a diverse sessioni di didattica perinatale, dai consultori ai reparti maternità alle associazioni volontarie, mi hanno permesso di individuare le regolarità ma anche le breccie nell’approccio sanitario alla riproduzione.

Dai risultati dell’indagine emerge che i motivi di confronto sulla gravidanza spesso esulano dal contesto biomedico e anzi ne mettono in discussione i presupposti, per arrivare a sondare questioni non riducibili al paradigma organicista. Le future madri non solo ricevono una formazione prenatale, ma al contempo producono un certo sapere sulla maternità (Ketler, 2000; Ivry, 2009).

Prima di discutere i dati di terreno, è indispensabile presentare alcune posizioni teoriche e analisi etnografiche che hanno sinora tentato di leggere la complessità socioculturale della riproduzione.

⁷ Si legga l’articolo di riferimento nell’edizione dell’Eco di Bergamo in data 3 dicembre 2010.

2. Etno-ostetricia e antropologia della riproduzione

Assodato che la procreazione è un'attività culturale, realizzata in tempi, luoghi e modi diversi, procediamo illustrando la nostra cornice teorica di riferimento. Mettiamo anzitutto in discussione la scissione tra l'interpretazione della nascita secondo la biomedicina e secondo le scienze sociali. Questa spartizione dei compiti tradisce in realtà una comune gestione sociale del fatto riproduttivo, dal momento che ogni sistema medico è storicamente situato.

2.1 Ginecologia, demografia e scienze sociali

Al pari di altre medicine, la scienza medica occidentale è un quadro interpretativo di fenomeni inerenti al corpo umano, che riproduce i valori vigenti in ogni dato contesto (Quaranta, 2006). La peculiarità della medicina moderna è l'aver occultato nel proprio discorso le dimensioni ritenute avulse dal piano biologico, riducendo salute e malattia al mero dato organico.

Nel binomio riproduzione-biomedicina il denominatore comune pare essere, in misura crescente, il paradigma della medicalizzazione (Lombardi, 2009). Con questo termine indichiamo un processo di lungo corso, avviatosi in Europa nel tardo Settecento, che ha visto lo sconfinamento della scienza medica oltre i suoi limiti storici: da *ars curandi* del singolo o *corpus* di nosologie a sviluppo di nozioni e pratiche applicate a questioni collettive, verso una tutela politica su larga scala della salute del corpo sociale (Maturò, Conrad, 2009).

Nel medicalizzare la vita riproduttiva e i corpi femminili, la nascita stessa è stata reificata, diventando un oggetto pernicioso da monitorare per il bene del singolo e della nazione (Pizzini, 1999). La riproduzione è stata prima inglobata nel discorso sanitario attraverso l'espedito euristico del rischio e la formula persuasiva della prevenzione. Il consenso raccolto intorno a quest'operazione ha poi ricondotto la nascita stessa a una logica economica di mercato.

La nozione di rischio è funzionale al discorso medico, poiché legittima il controllo e l'intervento tecnico-scientifico sul corpo umano, anche a prescindere dal riscontro di un malessere individuale. Tuttavia, questo concetto è tutt'altro che univoco, scivolando da lemma matematico-probabilistico a connotazione morale. Nelle società moderne, in un regime razionalista e individualista, a ciascuno spetta l'obbligo di prevenire il pericolo, pena lo stigma sociale di biasimo o *colpa* (Douglas, 1992).

Secondo il paradigma dell'evoluzionismo sociale, retaggio del XIX secolo mai totalmente decaduto, la linea del progresso sarebbe scandita da una sempre maggiore capacità di controllo dell'uomo sulla natura (Barnard, 2002). Questo dominio sul mondo si esplica attraverso la dotazione di mezzi tecnici e agisce in due direzioni complementari, l'intervento e la prevenzione. La medicina moderna si conforma esattamente a questo disegno, non solo equipaggiandosi costantemente di nuove tecnologie, ma adoperandosi tanto sulla via terapeutica quanto su quella profilattica (Maturò, Conrad, 2009). Da un lato si insiste sulla responsabilizzazione dell'individuo, chiamato a conformare il proprio stile di vita a modelli salutistici, dall'altro si agisce con crescente invasività sui corpi per sottoporli a diagnosi e intervenire su possibili disfunzioni organiche.

La medicalizzazione della riproduzione riflette e amplifica questi effetti perversi (Lombardi, 2009): le donne in gravidanza sono tenute a comportamenti consoni al proprio stato, a salvaguardare il benessere del proprio corpo in quanto "ambiente somatico" del feto e a controllare secondo precise scadenze eventuali anomalie della "macchina riproduttiva". Queste metafore, dipingendo il corpo femminile come meccanismo o contenitore naturale, segnalano un'operazione ideologica che riduce le donne a oggetto clinico (Pizzini, 1999) o ancora a bene pubblico (Duden, 1994). Il controllo medico sul corpo è esercitabile in funzione di un'interdipendenza tra richiesta e offerta di cura (Spina, 2009), che nella relazione terapeutica mima l'andamento di mercato tra fornitore e acquirente. I potenziali pazienti ricorrono a comportamenti di perseguimento della salute (*health-seeking behaviours*), affidandosi all'autorità medica in cerca di una fantomatica prevenzione totale⁸. L'assistenza ostetrica si configura come modello di cura preventivo per eccellenza, dal momento che la procreazione è permeata di aleatorietà ed il feto rimane in certa misura "formato nel segreto" (Pancino, D'Yvoire, 2006). Eppure, le esperienze della maternità risultano talmente plurime e complesse da incrinare quotidianamente il riduzionismo organicista. Come emergerà dai dati etnografici, la cura medica in gravidanza è solo una parte, per quanto importante, nella vita delle donne in attesa.

La nascente antropologia medica ha offerto nuovi strumenti per pensare il corpo e il binomio salute/malattia (Quaranta, 2006). Il paradigma più interessante emerso da questo settore di studi è senz'altro il concetto di incorporazione (Csordas, 2001). Riconoscere che la condizione umana è sempre al contempo corporea e intersoggettiva significa postulare che piano biologico e sociale non sono mai scindibili, ma si implicano a vicenda continuamente. Come affiorerà dalle interviste, l'incorporazione della maternità, realizzata anche attraverso percorsi didattici più o meno formali, è vissuta come una totalità, complessa e a volte contraddittoria, ma non frazionabile.

⁸ Delegando alla medicina il compito di rispondere a bisogni che potrebbero soddisfatti altrimenti.

Che le scienze umane abbiano iniziato a indagare il fenomeno riproduttivo ha avuto importanti ricadute pratiche. Il generale ripensamento della biomedicina e i movimenti di umanizzazione⁹ delle strutture ospedaliere (e della scena del parto) sono anche esito di quegli studi che hanno interpretato gestazione e nascita come eventi bio-sociali.

Lo studio sistematico della riproduzione come attività socialmente e storicamente determinata è piuttosto recente, per quanto qualsiasi cultura non si sia mai sottratta alla produzione di miti e riti associati al generare. Scegliamo qui di focalizzare lo sguardo sul concetto foucaultiano di *bio-potere* e sulle riflessioni maturate dai femminismi.

La fisiologia della nascita è divenuta oggetto d'indagine delle scienze sociali nel momento in cui è stata riconosciuta la dimensione verticale che lega la biologia al potere. La genealogia del termine *bio-politica* rimanda alle riflessioni sviluppate negli anni Settanta da Michel Foucault, circa la relazione che intercorre tra vita e istituzioni. Foucault (1976) definisce bio-politiche le pratiche con le quali la rete di poteri disciplina positivamente i corpi e regola le popolazioni. Il bio-potere, inteso come potere incentivante sulla vita, si è sviluppato nei secoli XVII e XVIII in due direzioni complementari: da un lato con lo sfruttamento del corpo umano individuale (potenzialmente produttivo nella società dell'economia capitalista), dall'altro con la regolazione dei processi biologici che determinano la demografia delle popolazioni.

La teoria del bio-potere presenta innegabili affinità con il discorso sul genere. Sugli individui e sui loro corpi, socio-culturalmente fabbricati e politicamente disciplinati, si esercita sempre anche una definizione sessuale. Il sistema di interdipendenza "sesso-genere" (Rubin, 1975) esplicita l'imposizione culturale di un gender non immediatamente riconducibile a un dimorfismo sessuale naturale, genetico o anatomico che sia (Piccone Stella, Saraceno, 1996). Il genere decostruisce l'incentivazione sociale di comportamenti che rivestono un corredo biologico e danno vita a un uomo o a una donna, per quanto il presunto sesso biologico sia a sua volta culturalmente costruito¹⁰. Nel dibattito sul genere un ruolo centrale è stato svolto dalla contestazione del "significato sessuale" storicamente assegnato alle donne (Ortner, Whitehead, 1981). La fisiologia femminile votata alla riproduzione e all'allevamento della prole ha consentito l'affermazione di un'ideologia di subordinazione muliebre, in virtù della maternalizzazione, privatizzazione, emarginazione che ha investito il "secondo sesso" (De Beauvoir, 1949). Non di meno quel potere procreativo femminile,

⁹ Per umanizzazione dell'assistenza sanitaria si intende la volontà di ricondurre alla pratica medica l'attenzione alle necessità psicologiche e relazionali dei pazienti, che vanno riconosciuti come persone sofferenti prima che come organismi malati (Fiocco, 2004).

¹⁰ Il binarismo obbligato maschio-femmina occulta la questione del trans-gender, degli individui dal sesso biologicamente indecidibile che viene culturalmente (a volte chirurgicamente) imposto.

anche quando non venga esercitato per scelta o per necessità, rimarrebbe come matrice identitaria latente (Mead, 1949; Chodorow, 1978).

La teoria della differenza di genere è il risultato di un'analisi politico-sociale che trova nei *femminismi* salde radici (Demaria, 2003). Se gli albori delle rivendicazioni femministe si rintracciano nell'Ottocento europeo, un movimento femminista di portata globale è comparso sulla scena negli anni Sessanta, con l'intento di decostruire la divisione sessuale dei ruoli e di rimettere in discussione, in tutti gli aspetti del vivere associato, una gerarchizzazione umana che naturalizza rapporti di potere diseguali fondandoli sulle proiezioni socioculturali del genere (Bono, 1999).

L'antropologia femminista è sorta in questo clima storico e culturale come reazione a un percepito pregiudizio androcentrico nella disciplina¹¹. Le prime ricercatrici femministe individuarono sostanziali lacune nella letteratura antropologica, sia nei temi che nei metodi, denunciando la parzialità dei dati etnografici disponibili, resi da informatori maschili e trasmessi da etnografi maschili. L'antropologia femminista contemporanea, debitrice dei Post-Colonial e Subaltern Studies (Young, 2003), ha esploso la questione dell'asimmetria virile-muliebre, riconoscendo come altri *paradigmi di differenza* intersecano quello di genere, quali classe, etnia, orientamento sessuale. Molti casi di studio hanno contribuito a decostruire il concetto stesso di gender, insistendo più sulle differenze intragenere che non su quelle intergenere (rivelando le diversità esperienziali tra donne in contesti diversi, piuttosto che corroborare il classico dualismo maschio vs. femmina).

L'idea di una transculturale oppressione delle donne è legata a doppio filo all'interpretazione del riprodursi. Nelle analisi femministe, la procreazione e lo statuto simbolico delle donne in quanto madri rimangono ineludibili e occupano un vasto spettro che sembra oscillare tra i poli opposti dell'esaltazione e della denigrazione (Kitzinger, 1980; Fiume, 1995; D'Amelia, 1997). Secondo alcuni, il mito della maternità è un valore assoluto e consacrato che esalta il potere femminile proprio attraverso il trionfo della fecondità (Kristeva, 1980); secondo altri, la subordinazione delle donne è da ricondursi al giogo biologico della fertilità, cui il patriarcato avrebbe relegato gli individui di sesso femminile (De Beauvoir, 1949). In realtà, in entrambe le posizioni emerge una mistica della femminilità, ora celebrata ora osteggiata, a cui sottende un comune riconoscimento di quel potere del ventre che può costituire per le donne tanto un onere quanto un onore.

Il femminismo italiano, influenzato dal vicino francese, è certamente sui generis per tradizione culturale (basti pensare all'ingerenza del Vaticano sullo stato laico) e per la sua connessione a eventi epocali del periodo post-sessantotto: il dibattito e la legiferazione su divorzio, contraccezione e aborto negli anni Settanta, con conseguente istituzione dei consultori familiari. Quest'ultimo

¹¹ Tuttavia non sono mancate personalità femminili di spicco nella prima stagione dell'antropologia statunitense, quali Mead o Benedict, e la disciplina è stata tradizionalmente più egualitaria, in termini di genere, rispetto ad altre scienze sociali.

progetto, varato su scala nazionale nel 1975, è nato dalla sovrapposizione di due manifesti antitetici: l'Opera Nazionale di Maternità e Infanzia del pro-natalista regime fascista e i movimenti femministi sessantottini miranti a promuovere sessualità e maternità "libere e responsabili" (Percovich, 2005). Le riflessioni femministe, pur diverse e contraddittorie, permeate anche dell'influenza foucaultiana, hanno avuto il merito di ricondurre la riproduzione al centro della teoria sociale (Rapp, 2001).

2.2 Sistemi di nascita, culture del parto e biotecnologie

Richiamandosi alle intuizioni sulle "tecniche del corpo" di M. Mauss (1936) e alla pionieristica ricerca sul comportamento perinatale di M. Mead e N. Newton (1967), le prime etnografie della riproduzione hanno rivelato la variabilità culturale di un'esperienza intesa come costante biologica universale.

Birth in Four Cultures (Jordan, 1978) è unanimemente considerato il testo fondante dell'etno-ostetricia. Attraverso una comparazione etnografica della nascita in quattro diversi contesti (Yucatan messicano, Paesi Bassi, Svezia e Stati Uniti), Jordan descrive il *format* culturale di ciascun sistema riproduttivo, in cui l'assistenza al parto si conforma a saperi e pratiche locali e viene condotta da figure ostetriche specifiche. Si inaugura così il confronto tra sistemi di nascita occidentali non riconducibili a un'unica ostetricia moderna¹² e si conia la nozione di "conoscenza autorevole" (*authoritative knowledge*): un sapere, in questo caso sulla nascita, che è al contempo "autoriale (prodotto da un autore identificabile), autorevole (legittimato socialmente), autoritario (che ha il potere di imporsi e prevalere su altre forme concorrenti di sapere).

In Italia, l'autrice è ospite del convegno milanese "Le culture del parto", patrocinato dal Gruppo di Ricerca sulla Famiglia e la condizione Femminile, i cui contributi confluiscono nell'omonima antologia (Oakley, 1985). Sarà proprio il "Griff", negli anni Ottanta e Novanta, a proseguire l'analisi socio-culturale della riproduzione in ambito nazionale, in particolare con i lavori di F. Pizzini (1999) e L. Lombardi (2006), incentrati sulla medicalizzazione del corpo femminile e sul nuovo panorama sanitario innescato dalle maternità migranti. Sempre in Italia, si attestano da un lato lo studio demologico del parto e della fisiologia femminile (Ranisio, 1996; 2006), dall'altro la storiografia della figura materna tra oppressione e emancipazione (Fiume, 1995; D'Amelia, 1997).

¹² Al modello ostetrico americano, caratterizzato da un massiccio interventismo medico e tecnologico (che espropria le donne della loro 'capacità di far nascere') si contrappongono i modelli ostetrici di due Paesi nordeuropei: da un lato l'Olanda, patria del rinato parto a domicilio assistito dalla sola ostetrica (in un connubio tra mistica naturale della nascita e riconoscimento della 'sapiente arte' delle levatrici), dall'altra la Svezia, riuscito esempio di umanizzazione del parto ospedaliero (dove la scienza medica si pone al servizio delle donne perché la nascita consapevole e attiva sia un momento di *empowerment* femminile).

Riconoscendo il debito nei confronti della Jordan e della sua idea di “conoscenza che conta”, *Childbirth and Authoritative Knowledge* (Davis-Floyd, Sargent, 1997) illustra con una varietà di casi etnografici su scala planetaria i processi di legittimazione sociale di nozioni e pratiche ostetriche, identificando nella riproduzione “il primo sito di difesa dell’identità culturale”. Curatrice del testo è R. Davis-Floyd, antropologa che, qualche anno prima, aveva indagato criticamente i retroscena del modello di parto americano. In *Birth as an American Rite of Passage* (1992), Davis-Floyd sostiene che i nove mesi di gestazione e i primi mesi di vita del bambino sono vissuti dalle madri (soprattutto primipare) come “un rito di passaggio lungo un anno”, scomponibile nei suoi tre elementi cardine: gravidanza come separazione, parto come transito e puerperio come riagggregazione. Proprio il sistema natale americano “moderno, biomedico, tecnologico” è emblema della cura come presa in carico culturale. Le procedure dell’ostetricia americana sono decostruite come pratiche rituali, finalizzate a istruire le future madri al loro ruolo sociale, attraverso l’interiorizzazione del modello politico patriarcale che l’assistenza sanitaria veicola.

Partendo da presupposti analoghi, l’antropologa della scienza Lock ha esaminato la pianificazione familiare nel Giappone contemporaneo, Paese in cui convivono celere modernizzazione e supposta tradizione orientale. Il controllo sociale nipponico della procreazione è animato dalle contraddizioni sul legittimo ricorso ai test genetici prenatali, paradossalmente intesi come strumenti garantiti di una filiazione “naturale” secondo la corrente ideologia familiare (Lock, 1998b).

Muovendosi tra Giappone e Israele, in una recente etnografia multi-situata dal titolo *Embodying Culture* (2009), T. Ivry mostra come alla comune iper-medicalizzazione riproduttiva siano attribuiti valori diversi nei due contesti, entro un’ideologia “ambientalista” da un lato, “genetista” dall’altro. L’incorporazione della maternità varia storicamente, ma è sempre esito di impegnativi progetti sociali. L’autrice, basandosi sulle esperienze vissute dalle gestanti, dai partner e dal personale medico, insiste sul flusso comunicativo tra le diverse voci, elaborando un modello di “produzione interattiva della conoscenza autorevole”, che disattende un’esclusiva egemonia biomedica. L’antropologa israeliana si concentra sulle gravidanze apparentemente meno assistite, ordinarie e connotate da attributi ambigualmente positivi quali “fisiologica, normale o a basso rischio”.

Riconsiderare “l’esperienza mondana della gravidanza normale e non drammatica” (Ivry, 2009:83) è tanto urgente quanto esplorare il nuovo panorama della riproduzione assistita, consapevoli che i due scenari sono partner dialettici nel processo di costruzione culturale della maternità. Nell’ultimo mezzo secolo l’implementazione di nuove tecnologie riproduttive (NTR) ha portato a diversificare ulteriormente le esperienze procreative e a complessificare i discorsi sulla riproduzione.

Anche l’antropologia ha iniziato a indagare l’impatto sociale di queste nuove biotecnologie. R. Rapp, figura carismatica dell’antropologia femminista statunitense, partendo da una sofferta esperienza autobiografica, ha ripercorso vent’anni di sviluppo dell’amniocentesi in America (1999).

L'autrice fa dialogare le voci dei medici che somministrano test genetici prenatali con le posizioni di donne e coppie che scelgono o meno di sottoporvisi. Nel giustapporre diverse interpretazioni sulla diagnosi prenatale, le future madri “simultaneamente relegate e potenziate (*empowered*) nella dimensione familiare” sono investite del ruolo di “filosofi morali del privato” (Rapp, 1999:306).

Le nuove tecnologie riproduttive hanno accresciuto la complessità del discorso sulla procreazione, non solo sotto il profilo etico e normativo, ma anche dal punto di vista della effettiva e pari accessibilità a una certa idea di salute riproduttiva. La diversa diffusione delle tecniche riproduttive nel mondo e la loro ineguale praticabilità per gli individui che vivono in un dato contesto (dovuta anche a differenze socioeconomiche) indicano la necessità di ripensare come e perché la procreazione sia politicamente stratificata.

Già negli anni Ottanta¹³ E. Martin (1987) aveva dimostrato come i fattori di classe ed etnia determinassero le diverse reazioni delle donne americane alla pratica medica esercitata sul corpo femminile. Che la riproduzione non sia solo socialmente prodotta ma anche politicamente situata è il tema portante dell'antologia *Conceiving the New World Order* (Ginsburg, Rapp, 1995). I saggi etnografici del volume istituiscono nuove connessioni tra le esperienze corporee e le bio-politiche, illustrando come, a seconda dei contesti, altrettanti discorsi (medici, demografici, politici) determinino le attività sessuali e riproduttive delle persone. A livello globale, il rapporto tra etno-ostetricie e ginecologia è metonimia della relazione tra medicine tradizionali e biomedicina. A livello locale, assistiamo al confronto tra forze sociali diverse che agiscono nell'arena riproduttiva. Anche in Italia alcune linee di frattura sono particolarmente evidenti: le politiche nazionali di uniformazione dei protocolli sanitari improntati a una rampante medicalizzazione, i movimenti alternativi di resistenza alla nascita tecnocratica (Szurek, 1997) spesso ispirati da rivendicazioni femministe, gli indirizzi della bioetica cattolica che mirano delimitare i confini della salute riproduttiva, la resilienza di un sostrato di saperi e pratiche popolari sulla nascita, gli aggiustamenti richiesti alla ginecologia ufficiale per accomodare le etno-ostetricie dei soggetti migranti.

Tali questioni sono rintracciabili nella quotidianità delle esperienze di vita delle persone incontrate: delle donne che si affacciano alla maternità e del personale che se ne prende cura. Nel prossimo paragrafo presentiamo la metodologia di ricerca impiegata: tecniche qualitative in uno scenario indubbiamente locale, ma mobile ed eterogeneo, continuamente trasformato da chi lo abita.

¹³ “Riproduzione stratificata” è il termine impiegato per la prima volta da S. Colen nel 1986, per “descrivere le relazioni di potere per cui alcune persone sono messe in condizioni di poter generare ed allevare ed altre no” (Ginsburg, Rapp, 1995:15).

3. Tra teoria ed etnografia

3.1 Sul campo: un'arena di attori in gioco

Il campo d'indagine, per quanto geograficamente ridotto, comprende una significativa varietà di contesti perinatali: consultori familiari, ambulatori ginecologici, ospedali, associazioni e centri materno-infantili specializzati.

I principali luoghi presi in esame sono stati i seguenti:

- il consultorio ASL di Bergamo, gestito dalle ostetriche degli "Ospedali Riuniti";
- il reparto maternità dell'ospedale "Bolognini" di Seriate, nella prima provincia bergamasca;
- lo sportello volontario *Oikos* di Bergamo (a tutela della salute migrante);
- l'associazione diocesana CAV (Centro Aiuto alla Vita) di Bergamo;
- il consultorio privato AIED (Associazione Educazione Demografica Italiana) di Bergamo;
- la sede della Lega del latte di ispirazione cristiana *Amas Laetitia* di Torre de' Roveri;
- il centro materno-infantile dell'associazione onlus orobica *Donne Internazionali*.

La selezione degli spazi di ricerca risponde a criteri di fattibilità, nonché alla constatazione che la maggior parte delle donne in attesa si rivolge per la propria cura alla sanità pubblica, sia per ragioni economiche (gratuità dell'assistenza), che per considerazioni pragmatiche (presenza ininterrotta e più vasta esperienza clinica del personale, continuità con l'assistenza al parto e al puerperio).

Il tempo della ricerca si è snodato su circa quattro mesi, collocati cronologicamente tra l'inverno e la primavera del 2008, personalmente nell'ultimo tratto della mia seconda gravidanza. L'irraggiungibile obiettività dell'indagine etnografica è frutto anche di questo condizionamento biografico, in cui il mio coinvolgimento emotivo e corporeo non poteva essere bandito.

Le tecniche d'indagine qualitativa adottate sono state essenzialmente tre: l'osservazione partecipante, l'intervista discorsiva e l'analisi testuale.

Osservazioni contestuali. La ricerca etnografica è per tradizione associata al mito fondante dell'osservazione partecipante (Ronzon, 2008). Nel corso del lavoro, sono arrivata ad intendere la mia attività più come una partecipazione osservante, dal momento che la fortuita coincidenza della mia stessa gravidanza mi permetteva di avere "naturalmente" accesso al contesto d'indagine. Il problema dell'ingresso sul campo è stato in parte risolto dalla condizione di gestante in cui mi trovavo: semplificando, l'evidente pancione fungeva simbolicamente da mediatore. Quest'iniziale

facilitazione, a dispetto dell'empatia che poteva innescare nelle altre donne in attesa, ha costituito anche uno specifico limite, soprattutto nell'interazione con gli operatori socio-sanitari, disorientati dal mio doppio statuto: da un lato oggetto del loro intervento, dall'altro soggetto di un'indagine che sovvertiva i ruoli posizionando loro stessi a miei oggetti di studio.

In ciascun contesto osservativo sono state le ostetriche ad assumere il ruolo di *gatekeepers* o guardiani della situazione: mi hanno introdotto nei diversi gruppi prenatali e hanno sancito con il loro assenso la plausibilità della mia presenza.

Devo ammettere che la disponibilità al dialogo è stata agevolata dal mio essere a un tempo incinta e pluripara. In mezzo a tante primipare, la mia precedente esperienza di parto naturale e allattamento prolungato mi rendeva un'informatrice pragmatica ambulante. Questa situazione di specularità mi ha fatto riflettere sull'idea di etnografia come "pratica autobiografica" (Okely, Callaway, 1992) e sulla necessità di esplicitare sempre il mio posizionamento nella ricerca.

Mi è infine sembrato opportuno riferirmi alle pratiche discorsive dei corsi perinatali in termini di *focus group* (Cardano, 20003). Per quanto la selezione dei soggetti di studio non sia avvenuta a priori, nei percorsi nascita si scorgono tratti comuni alle dinamiche del focus group nell'interazione tra i pari, le gestanti, ed il moderatore che orienta e coordina la conversazione, l'operatore sanitario. Il pregio indiscusso dell'osservazione partecipante è la sua totale apertura: ho esordito con una serie di problemi che sono stata costretta a riformulare, mentre le persone oggetto di studio mi educavano alla complessità delle questioni così come loro le percepivano. Se la cornice osservativa del training prenatale è stata particolarmente feconda per rilevare i flussi di sapere e gli scarti di autorità tra le donne e le istituzioni, è certamente dalle interviste discorsive che sono emersi fatti e temi inattesi.

Interviste qualitative. Come osserva Montesperelli (1998), l'intervista è un processo comunicativo denso di significati, per cogliere i quali il ricercatore deve affinare la propria arte dell'ascolto e la capacità di trasporre il discorso degli intervistati in un testo scritto.

In totale ho raccolto 21 interviste, di cui 6 agli operatori del settore e 13 alle future madri, la metà delle quali di origini straniere. Nel campione degli operatori intervistati sono presenti: 2 medici ginecologici (1 uomo e 1 donna), 2 ostetriche e 1 ostetrico e 1 mediatrice culturale. Delle gestanti straniere le provenienze sono le seguenti: Romania, Marocco, Senegal, Bolivia, India, Filippine. Altre 2 interviste "ibride" completano il quadro: quella di una psicologa del consultorio AIED al quarto mese di gravidanza all'epoca della ricerca (quindi contemporaneamente gestante e operatrice) e la mia stessa intervista, somministratami e registrata da un'altra intervistata.

I colloqui sono stati concordati in loco e si sono svolti al termine dei corsi o durante le lunghe attese per l'accesso agli ambulatori medici; in alcuni casi, dietro esplicito invito, mi sono recata nelle case delle future madri per discutere con più calma e libertà sull'argomento. Le narrazioni di cui sono

stata depositaria non sono tutte omogenee, in qualche caso la discussione si è risolta brevemente e talvolta anche la differenza linguistica ha avuto il suo peso. Con alcune gestanti si è venuta consolidando un'amicizia, che ci ha consentito di riflettere a più menti sulla riproduzione anche dopo il parto, negli incontri che abbiamo organizzato in una sorta di follow-up informale.

La traccia delle interviste è stata centrata sui seguenti temi: la presentazione biografica di sé, il valore attribuito alla maternità, l'esperienza gestazionale in atto (cambiamenti fisici e relazionali), le modalità di cura del proprio stato e il rapporto con i servizi territoriali, le aspettative legate all'imminente futuro da madre. Progressivamente ho imparato ad abbandonare l'incalzare delle domande e a lasciare spazio all'ascolto dei racconti che le interlocutrici stesse volevano trasmettermi. Nelle donne intervistate ho riscontrato, al di là delle variazioni personali, una comune propensione a raccontare di sé, come se il mettere in trama per un ascoltatore i fili sciolti dell'esperienza riproduttiva permettesse di ricostruirne il significato.

Una ricerca etnografica può dirsi plausibile solo se esplicita la riflessività messa in gioco (Ronzon, 2008:22). Cercando quindi di triangolare diversi metodi d'indagine, ho analizzato alcuni documenti (testuali e iconografici) di didattica perinatale che sono di comune riferimento per le gestanti.

Analisi testuale. Nella sala d'aspetto dell'ambulatorio ginecologico di Seriate avevo incontrato una giovane gestante di colore che sfogliava con interesse una rivista per neomadri. Marta, ghanese in Italia da sei anni, mi spiegò che il periodico le era stato dato da una connazionale che aveva da poco partorito e non sapeva leggere l'italiano. L'idea preconcepita che quei rotocalchi avessero come unico target donne locali e borghesi è stata scardinata da quella vicenda banale ma epifanica. Questo tipo di letteratura bassa, a ben ragione matro-poietica in quanto finalizzata alla (in)formazione delle madri, non solo è in vendita in edicole e librerie, ma viene gratuitamente distribuita nei reparti maternità, non senza velleità di promozione commerciale. Inoltre, sia negli ospedali che nei consultori dove ha avuto luogo la ricerca, erano disponibili opuscoli e materiali di educazione prenatale, che trattavano dei temi affrontati durante i corsi.

Seguendo il filone dell'analisi discorsiva, ho abbozzato anche una lettura di altri mezzi d'informazione che le donne in gravidanza frequentano, in particolare in rete. Benché non tutte le gestanti abbiano facile accesso ad internet, tra coloro che lo utilizzano regolarmente sono diffusi due tipici comportamenti di consumo: da un lato la raccolta di informazioni su siti informali specializzati in gravidanza e prima infanzia, dall'altro la condivisione di esperienze in forum di discussione specifici.

In entrambi i casi ci si imbatte in pratiche coerenti con il carattere culturale della gravidanza e con la forgiatura sociale del sapere materno, un processo formativo che si avvale massicciamente di materiali testuali dal momento che la parola scritta garantisce maggior incisività didattica.

Per analizzare i dati così prodotti, mi sono avvalsa di due strumenti euristici privilegiati. La nozione di incorporazione elaborata dalla fenomenologia culturale e il concetto antropologico di rito si sono rivelati indispensabili per argomentare la tesi secondo cui la procreazione è al contempo esperienza e istituzione, evento che si dispiega in corpi radicati in società. Mi sono ispirata alla proposta di “un’antropologia medica critico-interpretativa” (Lock, Scheper-Hughes, 1987), che invita a pensare la relazione tra esperienza e rappresentazioni in termini costitutivi, in una processualità dialettica tra personale e sociale.

3.2 Per una fenomenologia del sé e della cultura

Dagli anni Settanta le scienze sociali hanno visto nel corpo un oggetto privilegiato di ricerca, la cui nozione non era però né univoca né neutra, ma sempre storicamente situata. Già nella fenomenologia culturale di Merleau-Ponty (1945) troviamo in nuce il termine di *incorporazione*, una sostituzione lessicale che corrisponde al passaggio da corpo come epifenomeno pre-discorsivo a modo di essere in società attraverso un corpo. L’incorporazione diviene una “condizione esistenziale”, in cui la corporeità è “il terreno intersoggettivo dell’esperienza” (Csordas, 2001:143). L’esperienza riproduttiva è per eccellenza intersoggettiva, sia nell’unione uomo-donna che prelude al concepimento, sia nella diade madre-figlio che percorre gravidanza, parto e puerperio. Ma è anche l’intrico di relazioni sociali che si attivano o alterano in procreazione a connotare questo tempo corporeo come esperienza intersoggettiva. La gestazione è un particolare momento di incorporazione culturale, di “incorporazione della maternità” (Ivry, 2009). Tra l’istituzione e l’esperienza della maternità s’instaura una relazione costitutiva: per ogni donna è impossibile separare le proprie emozioni e percezioni corporee in gravidanza dalle rappresentazioni che di questa apprende. L’enorme impegno culturale che continuamente ripropone e trasforma l’imago sociale della maternità si avvale di pratiche diverse ma che possiamo ricondurre alla forma del rito. Per rituale s’intende una rappresentazione sociale standardizzata e ripetitiva, che rimanda a valori culturali particolari, con l’intento di influenzare positivamente il corso degli eventi (Turner, 1972). Gestazione e parto, che mantengono un distinto grado di imprevedibilità, sono universalmente oggetto di riti che ne concilino il buon esito (Davis-Floyd, Georges, 1996).

Con la locuzione riti di passaggio ci si riferisce ai rituali attraverso cui gli individui passano a stadi successivi della propria esistenza (Van Gennep, 1909). I *rites de passage* sono caratterizzati da tre fasi successive: separazione, liminalità, riaggregazione, secondo un movimento che prima allontana gli iniziati dal corpo sociale per riaccoglierli una volta compiuta la loro trasformazione simbolica.

Se Davis-Floyd (1992) rivela come le procedure ostetriche statunitensi veicolino un modello sociale patriarcale e tecnocratico, vedremo dai dati etnografici che la costruzione delle identità materne attraverso percorsi nascita più o meno medicalizzati non si esaurisce in una imposizione dall'alto di modelli riproduttivi. Durante ogni rituale vi è uno spazio di liminalità in cui esercitare senso critico, esplorare la soglia prima di varcarla rientrando nella cornice normativa del rito (Turner, 1972).

La dimensione riflessiva inerente al rito è uno dei fattori che determinano l'*agency* dell'essere umano (Bandura, 2001): la capacità che un individuo può avere di decidere e disporre di sé, di negoziare i termini della propria esistenza, a fronte di condizionamenti sociali. Nel nostro caso di studio le modalità di formazione e cura in gravidanza incidono in maniera decisiva sulla libertà di scelta delle donne in materia riproduttiva. Vedremo ad esempio come molte immigrate decidano di conformarsi al canone di cura prenatale (visite, esami, corsi) non tanto o non solo perché credano nell'efficacia terapeutica di quel percorso, ma piuttosto perché sembra loro opportuno adeguarsi, almeno in parte, al modello culturale locale. In questo caso è lo sguardo dell'altro che ci avverte della particolarità del nostro sistema medico e della nostra cultura riproduttiva e del fatto che le attività presentate come cure prenatali sono suscettibili a pratiche sociali formative e disciplinari.

3.3 Limiti del metodo e portata etica del lavoro

E' chiaro che il metodo di ricerca adottato combina un'indagine etnografica di per sé modesta con una riflessione teorica e bibliografica di portata più ampia. Le metodologie di ricerca utilizzate, basate sull'osservazione partecipante, le interviste discorsive, l'analisi testuale, consegnano una serie di dati non certo grezzi o naturali, ma co-costruiti sul campo, nella quotidianità socio-sanitaria. Attraverso questa pratica etnografica ho cercato di formulare un discorso critico sull'esperienza della maternità, nella realtà odierna di una multiculturale provincia lombarda. Per comprendere il dinamismo della cultura riproduttiva locale, ho raffrontato le posizioni delle donne in attesa con quelle di chi si occupa di loro. Nel fare ciò sono passata dalla constatazione della convivenza di molteplici culture natali alla ricerca di progettuali incontri, trasformazioni, ridefinizioni dei modi di pensare, vivere e gestire la nascita.

Ho un debito nei confronti di coloro che hanno preso parte alla ricerca e spero di riuscire a pagar pegno nelle prossime pagine, consegnando idealmente la scrittura a chi ne è stato complice e ribadendo che dietro a questa discussione rimane l'impegno a comprendere i meccanismi del nostro mondo sociale da un punto di vista critico. Come ha affermato Hannerz (2001:64):

“l'importanza dell'antropologia risiede anche nella sua capacità potenziale, non sempre realizzata, di far riflettere le persone sulla varietà della condizione umana e sulla loro situazione particolare”.

4. La gravidanza: una costruzione socioculturale di genere

4.1 Il “valore” della capacità riproduttiva

Fertilità e sterilità. Tanto un fatto quanto un simbolo, sigillo tra sfera riproduttiva e produttiva (MacCormack, 1994), la fecondità femminile è un’età marcata dai precisi confini biologici di menarca e climaterio. Il significato della fertilità per una donna dipende strettamente dalle relazioni sociali e coniugali in cui vive (Tremayne, 2001), spesso assurgendo a banco di prova della sua “femminilità”. Ho incontrato diverse gestanti che si erano sottoposte a terapie ormonali per curare l’ipofertilità: una scelta motivata dal fatto di sentirsi o essere additate come “donne a metà” (Barbara). L’esibizione della fecondità permette di ottenere un riconoscimento sociale, non solo da parte degli uomini, ma anche delle altre donne. La metaforizzazione della capacità generativa in linguaggio naturale, botanico, è estremamente diffusa: in India le giovani incinte sono “*padmini*, signore del loto” (Asha), mentre in Bolivia le donne sterili sono connotate come “rami secchi” (Luz). L’insistenza con cui si associa il corpo muliebre alla fertilità spiega perché il mancato concepimento inneschi un meccanismo di attribuzione della *colpa* sul versante femminile della coppia. Quando un figlio tarda ad arrivare, i primi controlli sono quasi sempre richiesti dalle donne, sebbene i problemi di sterilità affliggano i due sessi in proporzioni pressoché equivalenti (Rita).

Esiste un’abbondante letteratura sui metodi naturali di potenziamento della fertilità. Dalle antiche fitoterapie alle odierne biotecnologie riproduttive corre una lunga e decisiva trasformazione storica, in cui la gestione del generare è passata dall’auto-controllo femminile all’etero-controllo maschile, sotto l’egida della biomedicina. In realtà, quest’espropriazione della capacità delle donne di gestire il potere del ventre, pur largamente documentata (Pizzini, 1999), è in parte disattesa dalle interpretazioni colte sul campo. Coloro che hanno fatto ricorso a tecnologie riproduttive, come Barbara che si è sottoposta a terapia ormonale o Simona che ha concepito in vitro, hanno manifestato grande soddisfazione nei confronti di queste procedure. Entrambe si sono dette grate dell’opportunità di avere un figlio a dispetto di un’impossibilità *naturale* a generare, celebrando tali tecniche come “benedetta correzione del destino”. Questi episodi indicano che il significato delle biotecnologie riproduttive, in quanto dispositivi culturali, non è implicito, ma viene loro assegnato da chi le impiega, sia come paziente che come terapeuta.

Contracezione e aborto. Osservazioni in parte simili valgono per le tecniche riproduttive negative. Con l'implementazione di *procedure* antifecondative e abortive, si è venuto articolando un *discorso* etico e politico sul loro impiego (Inhorn, Van Balen, 2002; Boltanski, 2007).

La cronaca italiana vede un continuo movimento a spirale tra rivendicazioni femministe, che negli anni Sessanta e Settanta aprirono la via alla pillola anticoncezionale e al diritto all'aborto, e contro-riformismi laici e cattolici della militanza cosiddetta "pro-vita" (Percovich, 2005). Le questioni contraccettiva e abortiva non esulano dalla sfera d'interesse delle stesse gestanti indagate.

Un episodio ha segnato il corso pre-parto in ambiente ospedaliero: l'incontro fortuito con un gruppo di donne in procinto di sottoporsi a IVG presso il contiguo "ambulatorio per interruzione". La vicenda ha suscitato vivo interesse da parte delle gestanti, che si sono intrattenute a conversare sul tema; benché si siano scontrate posizioni discordi in merito, quasi tutte le presenti hanno ribadito l'importanza che questa possibilità di scelta sia comunque garantita per legge. Come ha precisato l'ostetrica Anna, il dubbio sorge quando il ricorso all'aborto diviene ricorrente per una donna sino a essere inteso come ordinario espediente contraccettivo. La percentuale di IVG effettuate nei trent'anni dalla sua legalizzazione è costantemente diminuita, ma nell'ultimo decennio si è assistito a un trend in crescita per le immigrate (Lombardi, 2006)¹⁴. Elisabeta ha raccontato con sgomento di un'amica che, tra strada e mercato del sesso, aveva subito quattro aborti in tre anni. Ma non solo storie di vita in bilico possono recare traccia di quell'esperienza profonda che è l'aborto voluto. Nell'intervista personale Cristina ha confidato di essere ricorsa all'IVG appena ventenne, precisando di non averne rimorso, forse solo un po' di rimpianto.

Altra questione è invece l'aborto spontaneo. Si registra meno reticenza nel parlare in pubblico di quest'evenienza, dal momento che non se ne può attribuire responsabilità morale alla madre.

Il dibattito intorno alla dignità dell'embrione-feto, basata anzitutto sul riconoscimento dell'età gestazionale, presenta notevoli ricadute sui temi delle nuove tecnologie riproduttive (Baldini, Soldano, 2007). Lo scontro tra posizioni, oggetto della bioetica, è esacerbato dalle conseguenze che una scelta in merito comporta sulla vita di coppia, sulla possibilità della donna di decidere della vita che ospita in sé, sulle posizioni (e l'eventuale "obiezione di coscienza") degli operatori sanitari¹⁵.

Contracezione e aborto rappresentano pratiche culturalmente prodotte e politicamente segnate. Precise ideologie, a volte teologie, stabiliscono la liceità o meno del loro impiego. Fatima, mediatrice culturale tunisina, ha spiegato che in teoria l'Islam vieterebbe la contraccezione anche nel matrimonio, naturalmente finalizzato alla procreazione (una posizione analoga a quella cattolica), mentre nel quotidiano molte coppie ricorrono a metodi contraccettivi. Il discorso

¹⁴ Si vedano i rilievi dell'Istituto Superiore di Sanità: www.epicentro.iss.it/problemi/ivg/epid.asp.

¹⁵ Le prime 8 settimane sono il limite entro il quale è possibile fare ricorso al metodo farmacologico di interruzione della gestazione, mentre i primi 3 mesi segnano il periodo entro il quale è possibile interrompere chirurgicamente la gravidanza secondo la legge 194/1978.

sull'aborto è ancor più complesso: secondo il Corano l'interruzione di gravidanza è un atto proibito, *haram*, comparabile all'omicidio di un innocente, tuttavia alcuni teologi lo autorizzano in casi specifici entro 120 giorni dal concepimento (momento in cui l'anima, *ruh*, entrerebbe nel corpo del concepito e la madre inizia ad avvertire i movimenti fetali).

Dunque, anche le ideologie che danno significato a tecniche riproduttive negative esplicitano la dimensione culturale e politica con cui la possibilità procreativa è socialmente attesa.

4.2 Nozioni e pratiche ostetriche in competizione

Il concepimento. L'odierna teoria scientifica del concepimento è un'elaborazione culturale, nella quale la genesi di un nuovo individuo scaturisce dall'unione dello spermatozoo maschile con l'ovulo femminile¹⁶. L'iconografia tipica di quest'incontro, resa popolare dagli scatti dello svedese Nillson, pioniere della fotografia fetale, è stata ormai naturalizzata su scala planetaria.

Le donne immigrate incontrate hanno memoria di teorie *altre* sul concepimento di un figlio, anche se tutte si rifanno al modello medico come interpretazione "corretta". Luz ha raccontato divertita di una "leggenda" andina, che ritiene il feto nato da un seme di mais ingerito dalla madre e fecondato dal padre nel rapporto sessuale, concludendo che "queste sono *lindas historias* [...], non è scienza". Scoprire l'avvenuto concepimento è una faccenda personale per ogni donna, ma sempre culturalmente mediata. Il test di gravidanza, liberamente venduto in farmacia, è stato quasi per tutte il dispositivo di verifica dopo il mancato ciclo mestruale. Quest'agnizione mette in crisi l'idea di confine del corpo, dell'estensione materiale del sé. Scoprire di essere incinta significa sapere che "c'è *qualcosa* dentro di te, che diventerà *qualcuno*" (Luz). La consapevolezza della gravidanza acquisisce una realtà fattuale comunicando ad altri la notizia. Non tutte le madri informano per primo il futuro padre; su quattordici donne intervistate ben undici hanno comunicato la gravidanza in prima battuta alla madre o a un'altra figura femminile di riferimento.

Una volta che l'attesa viene condivisa, le gestanti mettono in atto una serie di comportamenti "oggettivanti", coerenti con la propria idea di maternità incipiente. Si tratta di pratiche diverse, in minima parte mediche, che spaziano dagli acquisti mirati alla cura di sé. Anche nel mercato proliferano archetipi di maternità, modelli socioculturali cui aderire. La gravidanza, specie la prima, è un evento di cesura biografica e innesca un lavoro di *ricostruzione identitaria* per la donna, che si avvale anche di particolari comportamenti di consumo (Jennings, O'Malley, 2003).

¹⁶ Rosa mi ha fatto notare che l'immagine dello spermatozoo "più rapido" che riesce a penetrare per primo l'ovulo "in placida attesa" è speculare all'idea, evolucionistica e patriarcale, del "*survival of the fittest*", in cui l'uomo vincitore nella lotta per la sopravvivenza si unisce alla donna che pazientemente lo aspetta nello spazio domestico.

Gli psicologi parlano di “istinto di nidificazione” (Elena), mutuando dall’etologia l’idea che i novelli genitori assumano comportamenti mirati a predisporre il contesto domestico per accogliere la prole. La semplice scelta dell’abbigliamento in attesa è eminentemente culturale: gli abiti veicolano la soggettività delle donne e gli stereotipi di maternità cui si rifanno, tra pudore ed esibizionismo. Recentemente è sbarcata in Italia la festa del *baby shower*, una tradizione importata dai Paesi anglofoni. Come gli addii al nubilato, la celebrazione del primo figlio in arrivo è una riunione di donne, una festa casalinga in cui parenti e amiche della futura madre la subissano di doni per il nascituro. Il mercato si è rapidamente adeguato e nei negozi specializzati è comparso un servizio di “liste nascita” pensato per queste cerimonie.

Dal momento che il percorso nascita in Italia è estremamente medicalizzato, i mesi di gestazione sono scanditi dalle visite mediche di routine. Gli appuntamenti ostetrici rafforzano la cognizione della gravidanza che si compie, rappresentando successive verifiche della salute del bambino.

Lecture, acquisti, massaggi, visite, feste celebrative: molteplici attività sortiscono l’effetto di oggettivare la gravidanza. Concretizzare la gestazione comporta anche una graduale soggettivazione del nascituro, dell’altro nel sé, consentendo alle future madri di immaginare il proprio bambino (Vegetti Finzi, 1990). Nei corsi prenatali sono stati proposti esercizi di *visualizzazione* del feto. E’ difficile dire cosa immaginino in quei momenti le donne, certo è che l’iconografia fetale ritratta nei libri svolge un primario ruolo di costruzione di una “cultura visuale” dell’attesa (Marazzi, 2002).

La gravidanza. Poiché generare un figlio comporta una serie di rischi eventuali, il tempo dell’attesa è scandito da pratiche apotropache, tra protezione simbolica e medicalizzazione (Ranisio, 1996).

In Italia, la religiosità popolare ha attribuito alla Vergine il patrocinio della maternità (D’Amelia, 1997). L’intercessione della Madonna e di S. Anna è implorata attraverso preghiere o novene e si avvale dell’uso di beni materiali dispensatori di grazia quali medagliette e immagini sacre. Anche le donne immigrate praticano atti simbolici protettivi della maternità che rimandano alle proprie credenze religiose. Un esempio è il ricco itinerario rituale hindu della nascita, raccontato da Asha: le cerimonie dell’attesa, o *godh puja*, in onore della dea della fertilità Lakshmi, sono finalizzate ad esaltare la condizione della madre e a garantire la salute del nascituro. Esistono altrettante pratiche simboliche propiziatorie che rimandano a credenze secolari di “magia simpatica” o “fascinazione”: dal non accavallare le gambe al distogliere lo sguardo da visioni sgradevoli o bestiali.

Mettere a confronto visite mediche e riti popolari significa ragionare sul concetto di *efficacia* che entrambe le pratiche rivestono. Già Lévi-Strauss (1958:226) aveva individuato nel rituale di parto cuna una modalità performativa dell’efficacia simbolica, di quella “proprietà induttrice” che lega “processi organici, psichismo inconscio, pensiero riflesso”. Come l’incantesimo sciamanico panamense, i riti propiziatori della nascita possono non avere un immediato referente empirico, ma emanano da precise cosmologie e sono riattualizzati con partecipazione.

La gravidanza è inoltre culturalmente segnata da pratiche dietetiche che incentivano o vietano il consumo di determinati cibi. Alcune donne credono che determinati languori, se non soddisfatti, andranno a sedimentarsi sulla pelle del neonato, in quelle discromie dermiche note appunto come “voglie”. Il potere dell’immaginazione materna, “relegato nell’ambito delle credenze popolari, fa parte di quella magia naturale che sino a tre secoli fa era ancora inscrivibile nell’alveo del sapere scientifico” (Angelini, Trinci, 2000:47).

Infine, non solo la maternità, ma anche la paternità, biologicamente meno stringente, è raggiunta attraverso pratiche culturali. Secondo la psicologia, la paternità non è un istinto naturale, ma un’invenzione sociale costruita attraverso l’estensione al padre di prerogative materne (Lo Russo, 1995). Il rituale simbolico della *couvade*¹⁷ è l’espressione più calzante del “fingersi madre” dell’uomo. Osservato presso molte popolazioni, questo costume prevede che l’uomo assuma comportamenti che mimano lo stato della moglie gravida, fino a simulare anche le doglie del parto. In realtà vi è una vasta gamma di atteggiamenti rimandabili alla costruzione simmetrica del padre in gravidanza. Gran parte dei compagni delle gestanti incontrate cercava di presenziare alle visite e alle rilevazioni ecografiche. Per quanto i corsi prenatali siano in genere aperti alle coppie, quasi tutti i padri si sono presentati al primo incontro e poi hanno preferito lasciare campo libero alle compagne, corroborando l’idea che gravidanza e parto siano affare di donne.

Se la nascita ospedaliera e tecnocratica è rito di passaggio per le madri (Davis-Floyd,1992), un discorso analogo potrebbe valere per la costruzione sociale del padre. Mentre, fino agli anni Ottanta, agli uomini era proibito presenziare alla nascita (tradizionalmente tabù anche nel parto in casa, assistito da sole donne), l’irruzione del marito sulla scena del travaglio è stata salutata come una nuova era nella simmetria dei ruoli genitoriali (Sbisà, 1992).

Il parto. L’educazione alla nascita è sorta per preparare le gestanti a quello che il senso comune definisce “il momento più importante nella vita di una donna” (Angela).

E’ prassi che i corsi prenatali si concludano con la visita alle sale parto¹⁸, dove le donne si confrontano con un’immagine della nascita in cui la partoriente, più che essere la protagonista, è uno degli attori sociali in gioco (Colombo, Pizzini, Regalia, 1987). Su questo palcoscenico viene quotidianamente riattualizzato il rituale della nascita: la madre, spesso sdraiata, si lascia esaminare e guidare, mentre i medici, che “fanno nascere” (Ferruccio), agiscono sul suo corpo con numerosi

¹⁷ Dal francese *couver*, letteralmente “covare”, il rito delle doglie simpatiche dei padri è stato riferito sia dai primi antropologi nel XIX secolo (Tylor tra gli Antillesi), che in età medievale da Marco Polo (in Turkmenistan).

¹⁸ Da segnalare l’assoluta novità che la nascita in clinica ha introdotto: il fatto che diverse donne si trovino contemporaneamente nello stesso spazio (separato da muri divisorii o da tende scorrevoli) e percepiscano suoni e tempi dei parti di altre sconosciute. Se questo fenomeno è stato denunciato come industrializzazione della nascita (Odent, 2003), pochi (Kitzinger, 2005) hanno sinora indagato l’effetto sulle personali esperienze di parto in questi “calderoni urlanti” (Anna).

strumenti (monitoraggio, iniezioni, forbici, etc). Anche quando riconosciuta, la medicalizzazione della nascita è accettata come male minore, come forma di prevenzione e garanzia di buon esito. Le sale parto sono allestite in modo da poter intervenire sulla nascita più che assistervi e rispondono al primato del ginecologo sull'ostetrica, alla logica del sorvegliare e disciplinare (Lombardi, 2009).

Negli ultimi quindici anni molti sforzi sono stati fatti nel tentativo di “umanizzare” gli istituti sanitari, creando nuovi spazi sociali e insistendo sulla qualità della relazione terapeutica. Nei reparti maternità, quest'impegno si è limitato a una migliore qualità del puerperio: autogestione materna del neonato, grazie alla formula del *rooming-in*¹⁹, e ampliamento degli orari di visita dei familiari. Il protocollo della nascita è invece sempre più rigidamente predeterminato.

“La routinizzazione del parto dall'alto è la manifestazione estrema del tentativo culturale di usare la nascita per dimostrare la superiorità e il controllo dell'Uomo sulla Donna, della Tecnologia sulla Natura” (Davis-Floyd, 1992:104).

Esistono tuttavia, anche in Italia, delle alternative a questo scenario ospedaliero. La prima opzione, piuttosto rara nel nostro Paese e più diffusa in Europa Centrale, è quella delle *case di maternità*: un “luogo sociale e non sanitario” (Caterina), gestito da sole ostetriche, che garantisce continuità assistenziale alla donna dal concepimento al primo anno del figlio. Una seconda e più praticabile alternativa è rappresentata dal *parto in casa*, nascita tradizionale almeno sino al secondo dopoguerra e che ha avuto un nuovo corso grazie al riscontro positivo della pratica in altri Paesi, primo fra tutti l'Olanda (Jordan, 1978). Il movimento italiano del parto domiciliare, sorto negli anni Ottanta²⁰, ha ormai raggiunto una discreta visibilità, anche se il problema centrale perché le donne possano scegliere di partorire in casa è di natura politico-economica: ad oggi, solo tre Regioni (Piemonte, Emilia e Marche) e una Provincia (Trento) rimborsano le spese mediche così sostenute.

Il parto non medicalizzato non solo è poco accessibile in Italia, ma spesso l'opinione pubblica e le donne stesse non lo trovano nemmeno desiderabile. Tra le gestanti incontrate, anche tra coloro che lamentavano la medicalizzazione della cura, è emerso comunque un *assoggettamento* al modello clinico della nascita. Il parto è percepito come rischio da confinare nello spazio ospedaliero e la paura del dolore in travaglio (*tocofobia*) è tale da necessitare ogni possibile strumento di rimozione. Dalla chiosa biblica “donna, partorirai con dolore” (Angela) alle *storie di parto* (Staton Savage, 2001), che tutte hanno sentito narrare nella propria genealogia femminile, la sofferenza è immancabile connotazione dell'evento nascita.

Le tecniche di gestione del dolore in travaglio sono innumerevoli e culturalmente contingenti, a partire dalla posizione in cui una donna dà alla luce il bambino. Le sale parto sono ancora arredate con il lettino o la poltrona reclinabile onde indurre la partoriente alla postura litotomica di travaglio.

¹⁹ Il *rooming-in* prevede che la puerpera ed il neonato stiano insieme nella stessa stanza per tutto il periodo di degenza (salvo controlli medici o visite parenti).

²⁰ Con l'apertura della prima casa di maternità *Via Lattea* a Milano e la fondazione della *Scuola Elementale di Arte Ostetrica* a Firenze.

Questa posizione non fisiologica e passiva rende la donna inevitabilmente oggetto dello sguardo e dell'intervento medico. In molte altre culture, dall'India all'America Latina, la posizione carponi, che sfrutta la forza di gravità e offre alla donna assoluto protagonismo, è invece considerata il modello *naturale* della nascita²¹.

L'agonia del travaglio che inaugura una nuova vita è epitome di quella sofferenza incorporata come "fabbricazione del mondo" (Scarry, 1985). Partorendo il figlio, la donna *ri-produce* anche se stessa come madre. Il dolore di parto svolge dunque una *funzione iniziatica* rispetto alla gravità dell'evento: la potenza carnale del travaglio individuale rimane come esperienza indissolubile nella memoria, che può così essere trasmessa ad altri.

Lo sviluppo degli analgesici ha trasformato l'esperienza umana del dolore, abbassando la soglia della tollerabilità. Percepita come inutile e sterile, la sofferenza diventa un crudele anacronismo che il progresso promette di far scomparire (Le Breton, 2007). In proposito merita una digressione il discorso sull'*epidurale* (Grella et. al., 2000), una tecnica parzialmente in uso nei reparti maternità italiani con notevoli disparità regionali e locali. La proposta politica d'inserire l'epidurale nel novero dei *LEA* "livelli elementari di assistenza", avanzata nel 2005, mette in evidenza la faziosità della questione, che non è immediatamente rimandabile alla contrapposizione tra affrancamento o asservimento della donna alla biblica e patriarcale condanna del travaglio. Su questo punto si scontrano le posizioni delle gestanti e degli operatori sanitari, pragmatiche le une, ideologiche le altre. L'estremismo di ginecologi e ostetriche sul tema, che vede il forte sostegno dei primi a questa pratica e la relativa sufficienza delle seconde, è rimandabile al protagonismo degli uni sulle altre nell'esecuzione dell'anestesia e alla nota dialettica tra assistenza e interventismo.

Di nuovo, il quadro che emerge dai dati etnografici mostra come le tecniche ostetriche, oscillando tra il dominio clinico e sociale, non abbiano un significato intrinseco, ma piuttosto assumano valori diversi a seconda delle persone che le agiscono e delle situazioni in cui vengono prodotte.

Il puerperio e l'allattamento. Il momento del parto segna una cesura nel processo riproduttivo: nato il bambino, la maternità passa da una condizione corporea individuale a una esplicitamente sociale. Il puerperio, inteso come ultima fase nel rito di passaggio da donna a madre (Davis-Floyd, 1992), è intessuto da vari atti simbolici che sanciscono il nuovo status femminile acquisito.

Quasi ovunque si osserva un periodo di "quarantena" dopo il parto, un lasso temporale individuato sulla base della durata delle lochiazioni, perdite ematiche che, al pari del ciclo mestruale, sono considerate tabù in molte culture. L'isolamento della neomadre garantisce la sua purificazione dopo il parto e al contempo le permette di acquisire le competenze necessarie a occuparsi del figlio.

²¹ Alcune ostetriche sollecitano durante il travaglio le madri a muoversi secondo il proprio agio, tuttavia l'organizzazione tipica della sala parto entra in conflitto con questa rinnovata libertà di movimento e autogestione del corpo materno nello spazio.

Questi riti rispondono alla particolare fragilità della condizione psicologica femminile nel puerperio, che deve aggiustarsi alla maternità. La medicina occidentale concettualizza la depressione post-partum come fenomeno psichico, che necessita di cure farmacologiche. Le diagnosi di *baby-blues* si basano sull'incapacità della madre di legare (*bond*) col figlio, un'eventualità riconosciuta anche presso altre culture dove è risolta simbolicamente, con riti di socializzazione della neo-madre e contemporanea presentazione del neo-nato alla comunità.

Durante il puerperio, l'allattamento si configura come prima competenza perinatale e come cardine della eso-gestazione²², in quanto la garanzia di sopravvivenza del neonato dipende da un prodotto biologico del corpo femminile. Sia il valore simbolico del latte materno che la pratica dell'allattamento variano sensibilmente in base a condizionamenti storico-culturali (Maher, 1992).

La retorica odierna dell'allattamento al seno, diffusa capillarmente a fini preventivi dall'OMS, è presentata anche nei corsi di educazione prenatale. Il nuovo mito del latte materno, come panacea di salute per il neonato, è suffragato da dati scientifici incontrovertibili, tuttavia l'insistenza con cui gli operatori del settore ne decantano le virtù solleva dubbi sul fatto che quest'ideologia *naturista* serva a compensare la medicalizzazione con cui gestazione e parto sono condotti. Vi sono numerose associazioni a tutela dell'allattamento al seno, locali e internazionali, di cui *La Leche League* è la più nota²³. Per quanto socia della lega del latte, sono mio malgrado costretta a osservare che l'aurea visione dell'allattamento materno proposta dall'associazione (Torgus, Gotsch, 2004) non è esente da critiche. L'imperativo ad allattare ad ogni costo, secondo una mistica dell'infalibilità materna, moralizza pesantemente la scelta delle madri in proposito: ho potuto constatare la frustrazione di molte donne dovuta all'incapacità di allattare, una dis-abilità certamente più culturale che fisica.

Come altre pratiche di accudimento dei figli, allattare è una competenza che viene trasmessa socialmente, anzitutto dalla propria madre, eventualmente da un gruppo parentale o di pari. Alcuni incontri di didattica prenatale cui ho partecipato hanno tematizzato la questione, con gli operatori impegnati a fornire informazioni sulla fisiologia della lattazione e sui vantaggi clinici di questa pratica, sia per il bambino che per la madre. In realtà, vi è ancora un iato tra la promozione istituzionale dell'allattamento e la filosofia della lega del latte. Il fatto stesso che, nei reparti maternità, orologio e bilancia siano strumenti immancabili dei primi tentativi di allattamento tradisce gli aspetti quantitativi e industriali ascritti a questa pratica.

Il rapporto tra le donne immigrate e l'allattamento è estremamente eterogeneo. Proprio le ostetriche si riferiscono alle madri straniere, maghrebine in particolare, assurgendole a modello da imitare con

²² Termine con cui si indicano i primi nove mesi di vita del bambino, durante i quali il neonato completa la propria formazione fisica e cognitiva rispetto alla relativa prematurità con cui è venuto al mondo (Braibanti, 1993).

²³ *La Leche League International* è la storica associazione volontaria e senza scopo di lucro, nata nel 1956 negli USA e poi diffusasi mondialmente, che promuove una cultura dell'allattamento al seno fondandosi sul supporto gratuitamente offerto dalle madri, nel quadro ideale dell'"allattamento come arte femminile e gesto d'amore"(www.lilli.org).

la convinzione che “per loro allattare è naturale” (Caterina). Queste frasi, pur benintenzionate, provano invece il mancato riconoscimento di come l’allattamento sia ovunque culturalmente costruito²⁴. Significative le parole di Asha:

“Mia mamma e le mie sorelle hanno allattato tutte i loro figli, anche fino a tre anni, ma per me qui in Italia è diverso, le donne non vanno avanti così a lungo con il seno [...], io con il primo ho durato [*sic*] un anno, e credo così farò anche con questa”.

Nelle intenzioni di questa giovane madre traspare un’eccezionale capacità di mediazione translocale, tra la realtà migratoria e la memoria culturale di provenienza (Floriani, 2004): l’allattamento è una forma socialmente approvata di cura del bambino e la scelta personale della sua durata è il mezzo usato per esprimere la propria doppia appartenenza identitaria a due contesti, distanti fra loro, ma confusi nell’esperienza migratoria.

4.3 Un processo di “personificazione”

Riconoscendo nella gravidanza il periodo che intercorre tra concepimento e parto, ogni donna, sulla base dei propri presupposti culturali, interpreta in maniera variabile il progredire della gestazione. Per quanto il tempo dell’attesa sia *teleologicamente* orientato, vi sono molteplici modi di scandirlo. I tradizionali nove mesi di attesa empiricamente verificati sono stati canonizzati dalla medicina in 280 giorni o 40 settimane. Il “regolo ostetrico”, lo strumento con cui il ginecologo associa alla data dell’ultimo ciclo quella presunta del parto, cadenza prepotentemente la gravidanza. Quando si confrontano tra loro, le gestanti tendono a presentarsi in base al mese o alla settimana di gestazione (nei forum in rete si firmano con un nickname seguito dalla sigla “settimane + giorni in apice”).

A loro volta, i fatidici nove mesi sono comunemente ripartiti in trimestri. L’ostetrica Rosa ha fatto notare che i tre trimestri in gravidanza corrispondono ad altrettante fasi nella formazione psico-fisica della madre. Questa suddivisione ricorda la tripartizione nel rito di passaggio di Van Genneep, facendo affiorare l’idea che la gravidanza sia anche scomponibile in momenti successivi di riflessione sul *sé-madre* e sull’*altro-figlio*.

Uno dei temi più enigmatici nel periodo prenatale è la rappresentazione materna della vita ospitata. La psicoanalisi ha tentato invano di elaborare una teoria universale dell’immaginazione materna del feto, scontrandosi in realtà con etnopsicologie diverse che dipingono i nascituri con tratti culturalmente specifici (Vegetti Finzi, 1990; Pancino, D’Yvoire, 2006).

Lo statuto del feto dipende anzitutto dal suo essere contemporaneamente persona e congiunto, potenziale individuo a sé che ancora non può sussistere fuori dal corpo della madre. La nozione di persona come “maschera sociale” Mauss (1938) non è slegata da quella di parentela, perché la

²⁴ E per altro si riallacciano al paradigma *orientalista* secondo cui le donne altre sarebbero più vicine all’idea di natura che a quella di cultura.

prima tracciabilità di un individuo è data dai legami “di sangue” che egli intrattiene con i familiari. In realtà, il registro biologico è solo uno degli idiomi con cui si rappresenta la parentela, che può comunque essere acquisita per convenzione sociale. Anche nel caso della filiazione, la nascita biologica va sempre sancita culturalmente attraverso riti di “rinascita sociale”, durante i quali al nascituro si assegna un’identità personale e lo si colloca in un preciso punto delle reti parentali (Parkin, Stone, 2004).

Il bambino non ancora nato è già fatto oggetto di “personificazione”: per quanto il suo corpo non sia tangibile ad altri che alla madre, il processo che lo renderà un individuo sociale si avvia già durante la gestazione. Il nascituro è rappresentato come membro della famiglia e della comunità, la cui venuta al mondo garantisce continuità tra le generazioni, tra passato e futuro della vita collettiva.

Va infine rilevato che lo spettro del “de-forme” attraversa paradossalmente anche l’esperienza della maternità, pur percepita come miracolo e benedizione. Le donne incinte associano alla mostruosità sia il nascituro, che temono soffra anomalie nello sviluppo in utero, sia il proprio corpo in trasformazione. La paura di generare l’imperfetto si alimenta degli esami clinici effettuabili in gravidanza e si innesta su una cultura fortemente soppressiva della diversità. Questi timori si radicano in diverse eziologie dell’anormalità: non solo cause organiche, ma anche simboliche sono addotte per spiegare la nascita di bambini diversamente abili.

Talvolta la fisiologia stessa della gestazione è discorsivamente costruita come un’aberrazione. Esisterebbe una connessione tra *madri, mostri e macchine* pienamente manifesta in gravidanza. L’associazione delle donne ai mostri risale ad Aristotele, per il quale la norma del tipo umano è il modello statico del maschio, a cui la femmina “morfologicamente dubbia” (Braidotti, 2005:85) si oppone come anomalia. La critica femminista insiste sul tema, costante nel pensiero occidentale, della donna come incarnazione della mostruosità, che induce un misto di orrore e fascinazione. Secondo Braidotti (1996), le trasformazioni del corpo gestante sono state incluse dal discorso razionalista nella “storia della teratologia, o scienza dei mostri”. Da un lato alle donne, fucine dei nuovi nati, si è imputata la colpa di causare malformazioni ai nascituri tramite comportamenti impropri, dall’altro si è immaginata la creazione di bambini nati da uomo, manufatti dall’arte tecnica maschile.

Le biotecnologie riproduttive s’inscrivono in questo progetto di artificialità dell’essere umano e sono recepite dai femminismi con atteggiamenti ambivalenti. Per un verso le tecniche di riproduzione assistita sembrano raggiungere il culmine del controllo tecnocratico maschile sui corpi femminili, d’altro canto l’appropriazione da parte delle donne stesse di nuovi strumenti procreativi pare una conquista della condizione femminile postmoderna (Haraway, 1998a).

5. La *paideia* della maternità

La costruzione sociale della maternità richiama il modello educativo riservato ai giovani cittadini dell'antica Grecia, la *paideia*. Questo progetto didattico consisteva in una doppia formazione, fisica e psichica: la prima comprendente la cura e l'irrobustimento del corpo, la seconda volta a garantire una socializzazione corretta dell'individuo nella *polis*, attraverso l'interiorizzazione dei locali valori culturali, dell'*ethos* politico. Gli incontri prenatali vengono solitamente strutturati in una parte pratica ed una teorica: alla ginnastica per gestanti segue una lezione ostetrica vera e propria.

Scrivono Verena Schmid (1999:54), portavoce della corporazione ostetrica nazionale:

“il riferimento teorico educativo dell'ostetrica è la maieutica, l'arte di portare alla luce ciò che è nascosto, all'esterno ciò che è all'interno [...]. Il compito formativo dell'ostetrica sta quindi nel riconoscere questo sapere nel singolo e nel restituirglielo”.

Etimologicamente *maieutica* è la tecnica con cui si estrae il bambino dal ventre materno, in senso lato si portano alla luce le verità sedimentate nella coscienza individuale. Le ostetriche incontrate insistono sull'idea che “l'istinto materno è già presente in ciascuna donna, va solo risvegliato” (Rosa) e che nei corsi perinatali non si scrive su una *tabula rasa*, ma si aiutano le donne a “capire il proprio corpo e riconoscere le loro [connaturate] competenze materne” (Anna).

Questa mistica della maternità a priori è piuttosto una delle strategie con cui si costruisce culturalmente l'idea di madre, si producono modelli contingenti che vengono naturalizzati sotto il mito di “madre natura”.

5.1 Trasmissione di sapere e gesti di cura

La transizione dei giovani alla maturità sembra caratterizzata da un'interruzione della trasmissione di esperienza tra le generazioni, dall'assenza di un sapere comune sull'infanzia e dall'influenza crescente dei sistemi esperti (Bastianoni, Fruggeri, 2005).

Nella realtà quotidiana e nella ricerca empirica i percorsi e le figure formative delle future madri risultano molteplici e non sempre facilmente isolabili. Spesso conoscenza esperta e profana sulla nascita coesistono e si sovrappongono, componendo un quadro articolato e difficile da decifrare per le stesse donne che vi prendono parte. Proviamo ora ad analizzare la formazione sociale alla maternità distinguendo tra canali didattici informali e istituzionali.

Pur con le dovute differenze, tutte le gestanti si confrontano con altre donne del parentado e indicano la famiglia d'origine come la prima "palestra" della maternità (Simona). Spesso le immigrate lamentano la mancanza di figure femminili familiari nell'affrontare una nascita: la maggior parte di loro si rivolge a connazionali per ottenere aiuto logistico e supporto morale, alcune possono vantare la presenza nel Paese ospitante di una sorella, cognata o cugina. Le mediatrici del *Centro Donne Internazionali* riconoscono che la prima difficoltà per un'immigrata nel farsi madre in Italia è l'assenza di una genealogia femminile di protezione. Il problema si ripercuote durante la crescita del bambino, tanto che alcune donne, specie se sole e lavoratrici, pianificano di rimpatriare i figli per affidarli alle cure delle proprie madri (Marifel).

Oltre a relazioni parentali o di privata confidenza, le gestanti chiedono consigli sulla maternità nelle cerchie sociali che frequentano. Durante la ricerca mi sono imbattuta in diverse donne, italiane e immigrate, che durante l'attesa sono ricorse all'appoggio delle comunità religiose di appartenenza, reti sociali in grado di fornire aiuto materiale e sostegno spirituale per affrontare la maternità.

Cito il gruppo locale dei *Testimoni di Geova* (che offre consulenza teologica sulle procedure ostetriche considerate lecite), l'*Associazione Donne Musulmane in Italia* di Bergamo (che ospita un laboratorio d'ascolto su temi legati alla vita di coppia) e il *Centro di Aiuto alla Vita* (associazione pro-vita d'ispirazione cristiana, presente su tutto il territorio nazionale). Il CAV, fedele al suo statuto di "tutela della vita fin dal concepimento", intende dissuadere dall'aborto le future madri in difficoltà, elargendo anche fondi per donne disagiate. Ho avuto occasione di conversare con una giovane gestante, "neanche credente", che si era rivolta al centro e aveva a suo dire compreso che "tenere un bambino non è questione di religione, ma di prendersi le proprie responsabilità". Quest'atteggiamento mi è sembrato quantomeno equivoco quando, in via confidenziale, una volontaria ha esibito una sorta di libro nero dell'aborto: un'antologia fotografica di feti interrotti a diversi stadi di sviluppo. Non ho parole per rendere lo choc emotivo che quelle immagini hanno suscitato in me: posso solo immaginare, per una donna al bivio tra maternità e IVG, l'effetto di terrorismo psicologico con cui quei documenti iconografici vengono impiegati (ed è lecito chiedersi quanto la gestante che sceglie di continuare la gravidanza non lo faccia piuttosto per sottrarsi al peso di ciò che tali fotografie vogliono rappresentare, feticidi efferati).

A prescindere dalle diverse motivazioni biografiche e connotazioni confessionali, il fatto che molte donne accrescano la propria frequentazione di questi circoli religiosi in gravidanza fa riflettere su come la procreazione sia comunque associata al *sacro*²⁵ e su come la secolarità della vita quotidiana venga in una certa misura "re-incantata" in concomitanza con l'evento nascita (Léboyer, 1974).

²⁵ Il tema della *sacralità della nascita* emerge sia come esperienza interiore che come valore collettivo, in grado di riconnettere le generazioni e l'uomo al mondo (Filoramo, 2004).

In una società dove il tasso di natalità rimane tenacemente sotto la soglia di sostituzione, proliferano invece saperi ed esperti che detengono l'autorità di discutere ed educare in merito a riproduzione, maternità, infanzia (Bonarini et al., 2004). La moltiplicazione di siti deputati a formare i novelli genitori può essere rintracciata nella confluenza storica di due discorsi: da un lato la già citata medicalizzazione della nascita, dall'altro la costruzione di una certa idea di bambino (D'Amato, 2008). La nozione di infanzia tardo moderna, come categoria giuridicamente protetta, ha sollecitato la creazione di strumenti che diffondessero conoscenze e competenze adeguate ad occuparsi dei soggetti minori. I corsi prenatali concorrono dunque a formare alla *genitorialità*, che oggi necessiterebbe di un apprendimento formale.

Tutti gli operatori sociosanitari hanno ribadito il concetto secondo cui “per fare un figlio, bisogna prima fare una madre” (Rosa), esplicitando loro malgrado la contraddizione tra l'idea che la donna disponga già di un “istinto materno” e che tuttavia vada aiutata a “imparare la maternità” (Anna).

Rispetto ai tre corsi perinatali frequentati durante la ricerca è possibile evidenziare similitudini e divergenze. Va segnalato che, anche dove le linee di gerarchia erano innegabili e il personale medico era programmaticamente docente, con la progressione degli incontri le donne si sono rivelate sempre meno ricettori passivi di sapere diventando protagoniste del processo formativo. Questa dimensione aperta e orizzontale dei corsi prenatali è stata più evidente nell'affrontare il tema del parto: dalla collazione di racconti e storie personali si è costruita un'immagine della nascita condivisa, sulla quale le ostetriche sono intervenute con informazioni e commenti di supporto.

Che la fisiologia della procreazione e il parto siano considerati grandi *livellatori sociali*, esperienze fisiche identiche nel tempo e nello spazio, è un'idea universalistica diffusa, ma quantomeno opinabile. Senza andare lontano e citare le migliaia di donne che ancora oggi muoiono di parto nel mondo²⁶, anche le esperienze procreative in un'area circoscritta come una provincia lombarda possono differire radicalmente e anzi connotarsi come *indicatori sociali*. In ogni frangente legato alla riproduzione esistono diverse possibilità di scelta (come e quando concepire, a quali esami sottoporsi, dove e con chi partorire, se e come allattare), opzioni più o meno riconoscibili e praticabili a seconda delle situazioni e delle persone coinvolte.

Le stesse ostetriche, che assistono centinaia di madri ogni anno, sostengono che nessuna nascita è uguale alle altre, non tanto per ovvie variabili fisiche, quanto perché “ogni donna ha la sua *storia*” (Rosa). La maternità appare dunque come un racconto, la cui trama è intessuta in biografie personali che sono sempre socialmente significative²⁷ (Gallini, Satta, 2007).

²⁶ Si veda in proposito il più recente documento redatto dall'OMS sulla mortalità perinatale: http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599573_eng.pdf

²⁷ Le *storie di vita* rivestono ormai un ruolo centrale nell'analisi etnografica; attraverso il racconto autobiografico gli informatori consegnano una memoria sociale che trascende l'esperienza individuale.

5.2 La riflessione psicoanalitica

In ogni contesto la “figura della madre” (Tubert, 1996) è una rappresentazione culturale in cui convergono vari discorsi. La ricerca sul campo ha evidenziato come il *prototipo* materno, celebrato od osteggiato, sia per quasi tutte le donne la propria genitrice, di cui si commenta il ruolo nella propria famiglia di origine. Mentre l’etnografia ha descritto vari modelli culturali ascrivibili alla categoria di “famiglia”, la psicologia ha cercato di comprendere come funzionino universalmente le dinamiche interne ai nuclei parentali, riferendosi alla famiglia coniugale moderna.

In quest’alveo possiamo inserire il contributo della sociologa e psicanalista femminista Chodorow (1978), che ha analizzato da una prospettiva di genere come il ruolo materno si produca e riproduca nelle quotidiane interazioni familiari. Chodorow sostiene che, se la donna è biologicamente destinata alla maternità, il compito sociale di cura ed educazione dei figli le è stato storicamente attribuito per convenzione culturale. Pur nelle variazioni locali, l’organizzazione sociale del genere che divide le competenze pubbliche e private, sociali e domestiche, in base al binarismo virile/muliebre si realizzerebbe ovunque a partire dalle relazioni intrafamiliari. Se in ogni società si producono stereotipi di maternità, questi sono trasmessi da una generazione all’altra attraverso l’inculturazione della “funzione materna”, la reiterata esposizione dei figli al lavoro procreativo ed educativo della prole che la madre esercita nel nucleo familiare.

Addirittura medici e ostetriche tracciano un *continuum* ideale tra gravidanza e genitorialità di madri e figlie. Il personale sanitario è addestrato a ricostruire la cartella clinica dei pazienti anche sulla base dell’anamnesi familiare: non si tratta semplicemente di una questione di ereditarietà genetica, della possibile trasmissione di patologie alla discendenza, ma della eventuale riproposizione di analoghe esperienze psico-sociali di maternità da madre a figlia. La *matro-poiesi* dunque, la costruzione culturale dell’idea di madre, si realizza innanzitutto nelle dinamiche familiari e di genere, e viene supportata da discorsi formali e accreditati come quello medico.

5.3 Corpo, sapere e potere

Rispetto alla riproduzione umana, la medicina si presenta come una verità ipostatizzata, estremamente *autoreferenziale*. Il registro medico agisce come strumento di legittimazione di una certa *ideologia*²⁸. Nell’impostazione didattica del percorso nascita possiamo vedere come il linguaggio medico sia al contempo “tramite” e “traccia” (Duranti, 2007:34), mezzo di

²⁸ Per ideologia s’intende un sistema di idee, irradiato da un centro di potere, che orienta e spiega l’azione sociale, riuscendo ad imporsi su altri sistemi concorrenti (Lock, Kaufert, 1998:49).

socializzazione delle future madri e segno della raggiunta egemonia clinica. Nei reparti maternità si realizza chiaramente ciò di cui parla Goffman in *Asylums* (1968:34):

“Ogni istituzione si impadronisce di parte del tempo e degli interessi di coloro che da essa dipendono; offrendo loro in cambio un particolare tipo di mondo: il che significa che tende a circuire i suoi componenti in una sorta di azione inglobante.“

Gli enti sanitari che si occupano della nascita sono “istituzioni totali”²⁹: non solo si isola la madre al momento del parto soggiogandola alle procedure ospedaliere, ma più in generale l’ostetricia clinica coinvolge totalmente gli individui, scarnifica il “corredo della loro identità”, implica una “riduzione del sé” (Goffman, 1968:37).

La voracità del modello medico riproduttivo risiede anche nell’efficacia della sua trasmissione didattica. I corsi prenatali sono ordinari strumenti di divulgazione di un certo modello di madre, di donna che per il bene del figlio si esautorava per affidarsi al sapere medico esperto. Tuttavia l’idea di maternità propugnata in questi contesti è tutt’altro che univoca e priva di contraddizioni.

L’appello a un sentimento universale e *naturale* come l’amore materno è un mito del nostro tempo (Galimberti, 2009), fortemente diffuso grazie alla nuova linfa con cui la psicobiologia lo ha alimentato. Ostetriche e ginecologi ricorrono spesso alla nozione di “istinto materno” o *bonding*, riferendosi a quel processo di contiguità fisica ed emotiva che porta madre e figlio a legarsi intimamente e progressivamente dal concepimento alla nascita. Questa teoria è stata avanzata negli anni Ottanta (Ammaniti, 1995) e da allora assunta come evidenza scientifica e come *norma*. Il mancato sviluppo dell’“attaccamento” sarebbe sintomo di una psicopatologia della madre, “incapace di legare con il suo bambino” (Rosa). A sostegno di questa versione medica dell’amore materno si sono addotte ragioni organiche: prima su tutte il ruolo dell’ormone ossitocina che, secreto durante il parto e la lattazione, favorirebbe l’emergere di sentimenti relazionali positivi. Non è un caso che i professionisti della lega del latte si riferiscano a tale sostanza come “ormone dell’amore” (Torgus, Gosch, 2004:161), stabilendo così un’equazione clinica tra allattamento e maternità. La credenza che vuole l’istinto materno insito in ogni donna si basa su di una *analogia etologica* tra il comportamento umano e quello di altri primati o mammiferi. Questa sensazione primigenia ricorderebbe alla donna il suo compito di “depositaria della specie”, pur entrando in competizione con una pulsione verso la propria egocentrica soggettività (Galimberti, 2009:17). Natura e cultura si intrecciano inestricabilmente sul terreno della riproduzione e l’istinto materno è rivendicato come prodotto socio-biologico dell’evoluzione umana (Blaffer Hrdy, 1999).

²⁹ *Le istituzioni totali o voraci* sono quei luoghi in cui gli individui vengono (più o meno spontaneamente) reclusi dal resto della società e dove vivono in regime di subordinazione e dipendenza dalle autorità dell’istituzione stessa. Sono riconoscibili diverse tipologie di istituzioni totali, dalle più rigide alle più blande, dai campi di concentramento, ai monasteri, alle case di riposo; anche gli ospedali sono interpretabili come facenti parte di questa categoria.

Il mito di madre natura, sbandierato nei corsi pre-parto, è però segnato da due evidenti contraddizioni. La prima incoerenza è che l'istinto materno sia inesorabilmente perfetto e orientato al bene, cioè che le madri per impulso naturale sappiano sempre scegliere la condotta migliore per accudire i propri figli. La seconda incongruenza risiede nel fatto che l'innata tendenza materna si traduca in effettiva competenza genitoriale solo attraverso un percorso formativo socialmente approntato. Il personale ostetrico cita spesso le parole di Braibanti (1993:24), ginecologo emiliano pioniere della nascita dolce in Italia: "L'istinto materno, come quello paterno, sono *iscritti* nel codice genetico, ma non si sviluppano nell'adulto se non vengono *attivati*". Si trasmette così un messaggio ambiguo per le donne, che faticano a conciliare la naturalità dell'istinto materno con la socialità del suo apprendimento. Questa contraddizione è funzionale al fatto che, qualora una madre non dovesse rivelarsi idonea a ricoprire il proprio ruolo, la responsabilità di tale insuccesso non sarebbe imputabile al contesto sociale, ma alla sua personale incapacità congenita.

La naturalizzazione del rapporto madre-figlio oscura il fatto che proprio questo *mito* è al centro della dottrina dei corsi prenatali. La produzione di un ideale sociale di maternità avviene anche attraverso la diffusione di un modello medico prenatale, nel quale tuttavia il continuo ricorso alla retorica dell'istinto materno naturale occulta l'operazione culturale che vi resta alla base.

Se la maternità è un costrutto culturale, in diversi contesti sociali si elaborano altrettante rappresentazioni materne. In una società italiana sempre più pluralistica, ormai multiculturale per composizione demografica, convivono diversi paradigmi di maternità. Le esperienze riproduttive delle donne immigrate consentono di vedere in atto conflitti e contaminazioni ideologici ed emotivi. Rispetto alla pluralità di universi simbolici cui le migranti possono rifarsi, esistono sia vincoli che possibilità, scelte in certa misura obbligate, ma anche decise rivendicazioni personali. Il disorientamento delle donne che si rifanno ad altre culture di nascita non deve però indurre a credere che le madri autoctone incarnino un unico modello riproduttivo, marcatamente medicalizzato. La varietà di fonti da cui attingere sapere è tale che la rappresentazione della maternità risulta comunque complessa e indecidibile.

5.4 Maternità e mezzi di comunicazione

In una società mediatica, anche i discorsi sulla riproduzione si dislocano oltre la concretezza dell'interazione personale. Carta stampata e materiali in rete sono siti di informazione e discussione sulla nascita, con peculiarità intrinseche a differenti strategie comunicative e logiche di mercato.

I periodici dedicati a gravidanza e infanzia sono numerosi, anche se piuttosto equivalenti. Le tre testate più diffuse sul territorio nazionale (*Io e il mio bambino*, *Donna&Mamma*, *Insieme*) fanno

capo al gruppo RCS e godono di corrispettive versioni spagnole e francesi. A un primo sguardo emerge l'abbondanza di inserzioni pubblicitarie, da cui si evince che i rotocalchi sono sovvenzionati dai marchi dell'industria infantile: ogni uscita include un campione di prodotti specifici che ne incentiva l'acquisto. Il taglio divulgativo rende le riviste appetibili a un pubblico femminile in cerca d'una lettura d'evasione, ma fondata su un certo grado di "scientificità". Come nei reparti maternità le puerpere ricevono copie omaggio di questi magazine, così nei centri sanitari sono gratuitamente disponibili numerosi opuscoli medici che costituiscono una fonte d'informazione mirata e spesso incontestata dalle donne. Negli stessi corsi prenatali alle gestanti vengono distribuite dispense redatte con uno stile prettamente manualistico: le immagini anatomiche sono corredate da didascalie che descrivono la fisiologia di gravidanza e parto, per accrescere la consapevolezza della lettrice e ridurre i fraintendimenti con il personale sanitario.

Nella scorsa decade si sono moltiplicati i portali online che si occupano di questioni riproduttive, sia sotto il profilo medico, che per quanto concerne gli aspetti psico-sociali. Si tratta in parte di siti meramente tematici e *passivi*, che offrono agli utenti un corpus di sapere "navigabile" cui attingere in caso di necessità, in parte di siti *attivi*, i cui frequentatori accedono a forum di discussione privati. Da un lato, di fronte alle inesauribili informazioni contenute in rete, le donne sviluppano un atteggiamento di consumo esasperato, quasi un'ansia da conoscenza *usa e getta*. Dall'altro, le utenti dei forum interagiscono in un'arena mediatica dove riversano quesiti ed emozioni. Si costruiscono *identità digitali* e si allestiscono *comunità virtuali* che hanno nomi identificativi precisi e danno vita a un gergo specifico incomprensibile dall'esterno. Le future madri si attribuiscono un soprannome o *nickname*, spesso seguito da un *ticker*, un diagramma animato da un cursore che scandisce la progressione della gravidanza o dell'allattamento. Le amicizie intrecciate online hanno l'evidente scopo di confortare le donne nella transizione alla maternità. E' probabile che le relazioni così instaurate siano piuttosto effimere, ma rimangono indicative del bisogno delle madri di trovare luoghi di ascolto e di confronto in un importante frangente della loro esistenza³⁰.

La formazione delle future madri nel percorso nascita è quindi estremamente eterogenea, sia nelle forme che nei contenuti, sia per ciò che concerne i mezzi di (in)formazione, che le conoscenze veicolate. Tuttavia, il modello prenatale investito di maggior autorità e visibilità sembra essere quello che emana dal sapere medico, un modello che si auto-convalida presentandosi come dissociato dai "luoghi comuni" sulla procreazione (Rita).

³⁰ Chi si occupa di *netnografia*, applicando il metodo etnografico all'analisi di come gli utenti utilizzano internet, riconosce tre caratteristiche delle identità virtuali rispetto a quelle reali: frammentazione, fantasia, effimerità (Hine, 2000).

6. La medicalizzazione del corpo femminile come vettore ideologico

6.1 La gestazione in biomedicina: una fisiologica patologia

Che il rischio sia intrinseco al vivere umano, in particolare al momento della nascita, è un dato di fatto universalmente riconosciuto. Che l'organo riproduttivo femminile, l'utero, sia inteso come "scatola chiusa" (Ferruccio) e quindi vadano trovati metodi e mezzi per esplorarlo è distintivo della ginecologia moderna. L'ostetricia attuale è nata come branca della chirurgia, con le prime dissezioni settecentesche effettuate sui cadaveri delle donne morte di parto. Prima ancora che intervento sul corpo della gravida, la scienza ostetrica è sguardo indagatore di un processo fisico, la cui conoscenza sfugge alla regola aurea dell'empirismo in quanto non è riproducibile in laboratorio. Sovrapponendo i mezzi ai fini, le tecniche di osservazione ostetrica sono divenute strumenti di controllo sul corpo muliebre, tanto che l'idea stessa di procreazione, da sempre appartenuta alla genealogia femminile, si è dislocata a momento esterno da monitorare clinicamente (Duden, 1994). L'esperienza riproduttiva vissuta dalle donne viene fortemente plasmata dalla realtà clinica *ispettiva* (Ivry, 2009) e dall'ideologia di *perfettibilità* che la ginecologia propugna.

Il mercato della medicina preventiva è in costante crescita in ambito ostetrico, a dispetto di una certa "visione romantica" (Carlo) della nascita largamente diffusa. Dalle interviste è emerso che le stesse madri che rivendicano la naturalità della riproduzione sfruttano la diagnostica prenatale per garantirsi il miglior esito possibile della gravidanza. Il paradigma di prevenzione traccia la linea di demarcazione tra fisiologia e patologia della nascita, che però risulta essere un confine labile e mutevole, periodicamente riaggiustato dagli esperti.

Se l'organizzazione della salute è uno dei modi con cui le società si strutturano e si perpetuano (Fiocco, 2004), è decisivo analizzare come, nell'ultimo mezzo secolo, il sistema sanitario nazionale abbia riordinato luoghi, tempi e modi di assistenza alla nascita. Si attesta dunque un ripensamento dell'idea di riproduzione, attraverso lo spostamento di autorità su chi se ne fa carico.

6.2 Una prospettiva storica sulla salute riproduttiva in Italia

Anna, capo-ostetrica nell'ospedale seriatese, ha rivelato come la sua formazione professionale fosse legata anche a una sorta di "investitura" familiare del mestiere. Nella genealogia di Anna si snoda la

storia della categoria ostetrica nell'Italia del ventesimo secolo: tre generazioni di donne, da nonna a nipote, hanno esercitato nel tempo la stessa professione, incarnando la trasformazione da mammana popolare a levatrice “condotta” ad ostetrica laureata.

L'arte ostetrica corre su un doppio binario dall'antichità almeno sino al XVII secolo: mentre una minima attenzione teorica era riservata al parto da parte di medici e chirurghi, alle vecchie comari spettava assistere le nascite nella vita quotidiana. Se già nel tardo Settecento furono istituite le prime scuole di ostetricia con lo scopo di uniformare i protocolli clinici della nascita, è solo negli anni Sessanta che l'ostetricia ha registrato il decisivo passaggio dal parto domestico a quello in clinica e dalla formazione empirica a quella universitaria (D'Amelia, 1997:131). Oggi gli atenei sfornano ostetriche specializzate sull'intero arco della vita riproduttiva femminile, dalla pubertà alla menopausa. Tuttavia, l'autonomia professionale dell'ostetrica resta circoscritta alle condizioni fisiologiche, mentre, ove sono riscontrate patologie reali o presunte, la responsabilità passa alla figura del ginecologo³¹ (Spina, 2009).

Il predominio del ginecologo sull'ostetrica non si riduce alla dialettica “intervento vs. osservazione”, secondo il consolidato adagio per cui il primo *agisce* e la seconda *aspetta* il parto. Prima ancora di far nascere, il medico ha il potere di conoscere l'andamento della gestazione a prescindere da ciò che la donna stessa comunica. Le tecniche riproduttive diagnostiche sono lo strumento con cui l'autorità medica si è affermata sul corpo femminile, tramite macchinari che renderebbero una descrizione *obiettiva* della condizione gestazionale. La presunta neutralità di queste tecnologie, in nome dell'oggettività del sapere scientifico, occulta l'esercizio del potere medico comunque detenuto da una precisa categoria sociale.

Le tecniche messe a punto per indagare l'organo oscuro da cui emerge, dopo nove mesi, una nuova vita umana si sono evolute nel tempo e hanno registrato una vertiginosa accelerazione nell'ultimo mezzo secolo (Pancino, d'Yvoire, 2006). L'ecografia ostetrica odierna è un esame non invasivo in cui una sonda, applicata sul ventre materno, riceve l'eco di ultrasuoni che sono tradotti su uno schermo in immagini bi o tridimensionali del feto. Mai come in questo caso la cute del ventre femminile agisce come “pelle sociale” (Turner, 2007), poiché è attraverso questo diaframma che viene costruita un'immagine pubblica del nascituro. La routinizzazione dell'esame da oltre un ventennio non rende conto dell'impatto radicale con cui questa pratica clinica ha trasformato l'immaginario sociale della vita prima della nascita. La copertina della rivista *Life* dell'aprile 1965, ad opera di Lennart Nilsson e intitolata “The Drama Before Birth”, ha segnato uno spartiacque nell'immagine condivisa della vita intrauterina, divenendo una sorta d'*icona* della vita umana (Morgan, 2009).

³¹ Da notare che il genere grammaticale di “ ginecologo” e “ostetrica” rimanda reca alla gerarchizzazione delle due professioni, anche se ormai *molte* donne sono ginecologhe e *qualche* uomo è ostetrico.

L'ecografia *morfologica*, effettuata di norma a metà gravidanza, è l'esame più menzionato dalle donne incontrate durante la ricerca. Mentre i ginecologi la prescrivono come prima indagine rivelatrice del corretto sviluppo fetale, le gestanti traggono un chiaro piacere visuale da questa prassi, che al contempo risponde al micro regime di responsabilità materna cui si attengono. Uno degli aspetti salienti di questa tecnologia risiede nella possibilità di conoscere prima della nascita il sesso del futuro bambino. Molte gestanti vedono in quest'attribuzione di *sesso* (genetico o morfologico) il primo passo per l'assegnazione di *genere* al figlio (da qui si decide il nome, si dipinge la stanzetta, si preparano il corredo e i primi giochi rigorosamente in rosa o azzurro). Nel contesto provinciale esaminato, questa pratica è diventata parte integrante dell'esperienza gestazionale delle donne, con i suoi piaceri e i suoi dilemmi. L'uso incontrastato di questa tecnica risponde al clima d'opinione per cui la gravidanza rappresenta un momento rischioso della vita femminile e rispetto al quale le stesse donne sono chiamate ad assumersi la *responsabilità*.

Se l'ecografia ostetrica fa parte dell'ordinario percorso di cura in gravidanza (tanto che alcune gestanti credono sia prevista per legge), ulteriori esami clinici sono contemplati dal sistema sanitario, in un regime bio-politico di tutela della salute pubblica attraverso la diagnosi precoce delle anomalie fetali. Gli esami antenatali più diffusi nel sistema sanitario italiano sono analisi genetiche in grado di prevedere alterazioni cromosomiche del nascituro. I test combinati (esami ematici e misurazioni anatomiche via ecografia) costituiscono il polo preliminare di screening, mentre amniocentesi e villocentesi (aspirazione di materiale organico dall'utero della madre) rappresentano il polo invasivo delle tecniche. Il rapporto complesso tra biologia e ideologia (Destro, 2010:20-23) trova nella vita umana prima della nascita una specifica configurazione. La diagnosi prenatale riveste un chiaro significato culturale, dal momento che il patrimonio genetico del feto viene assunto a *ologramma* dell'individuo, secondo un neo-riduzionismo biologico e determinista. Dalla ricerca empirica risulta però evidente che le decisioni delle donne e delle coppie di effettuare i test, e di agire di conseguenza, si fondano su molteplici influenze locali: sulle idee sociali della diversità, sul sostegno della famiglia, sulle credenze religiose dei futuri genitori, in breve sul *capitale simbolico e sociale* di cui le persone dispongono.

Laddove la diagnosi genetica prenatale è registrata in forte crescita, come risposta a una sempre più ampia casistica di condizioni ritenute patologiche, il servizio di base in gravidanza è comunque rappresentato dal *percorso nascita*. L'educazione prenatale è sorta con i primi corsi di preparazione al parto allestiti nei grandi ospedali urbani dal secondo dopoguerra. Questi iter formativi si sono presto rivelati un mezzo di addestramento delle donne alla riproduzione medicalizzata, dove legittimare come terapeutiche quelle che erano necessità organizzative (Goffman, 1961; Armstrong, 2000). Negli anni Settanta fu elaborato il fortunato metodo RAT (training autogeno respiratorio), una psicoterapia standardizzata per adattare la gestante al parto passivo in ospedale. La tecnica

combinava l'auto-controllo della donna sul proprio dolore al controllo del medico sul corpo partoriente. Alla fine degli Ottanta si fece invece largo un nuovo paradigma culturale, mirante a restituire alla nascita una dimensione sociale che sembrava perduta e soprattutto alla madre, al bambino, al padre il loro protagonismo (Kitzinger, 2005).

Oggi i corsi prenatali si rifanno a diversi modelli di sapere, approntati da altrettanti specialisti. E' possibile vedere connessioni e divergenze tra queste plurime epistemologie della nascita, comunque concordi sul fatto che il parto sia un evento "normale, naturale, sano" (Carlo), la cui buona riuscita dipende dal grado di consapevolezza della madre. Negli Stati Uniti si va dal parto "naturale" di Lamaze a quello "husband-coach" di Bradley, in Europa si passa dalla nascita "dolce" di Léboyer e Braibanti a quella "ecologica" di Odent e ancora al parto "attivo" di Balaskas. Rispetto a queste teorie della nascita, diverse ma tutto sommato sovrapponibili, che emergono da critiche *interne* alla biomedicina, esiste la possibilità di incontrare altre pratiche di sapere, *esterne* al canone medico. Questi modelli alternativi provengono rispettivamente da un *altrove* nel tempo e nello spazio. Da un lato le tradizioni ostetriche marginalizzate, dall'altro i sistemi etnici riportati dalle donne migranti coesistono in un regime di sovrapposizione e concorrenza con la riproduzione medicalizzata.

6.3 Sistemi di nascita a confronto

Il progetto del "nursing *interculturale*" (Tomietto 2002; Castiglioni 2004), di un'assistenza medica capace di accogliere e valorizzare le differenze, è ancora in fase di sperimentazione nella sanità italiana. Al centro di questo modello di cura dialogico si collocano i cosiddetti mediatori culturali.

In ambito di salute riproduttiva il mediatore culturale è pressoché sempre una mediatrice: la variabile di genere è il segno evidente di come la mediazione culturale sia in primis una *personalizzazione* dei servizi. Il mediatore è al contempo un professionista addestrato e una persona, la cui esperienza può attivare una certa empatia nell'utente dell'intermediazione (Balsamo, 2003:159). Più che mediare tra *culture*, la mediatrice negozia tra *soggetti*, che sono in posizioni sociali diseguali (nella verticalità medico vs. paziente), ma devono poter dialogare per un efficace riscontro tra offerta e domanda di cura. L'intermediazione in ambito ostetrico non si limita a collocarsi attraverso culture del parto, collazionando saperi di diversa origine, ma mira a consentire un uso efficace del servizio sanitario locale da parte di donne che patiscono un gap comunicativo.

La verbalizzazione delle esperienze riproduttive immigrate indica che non esistono propriamente delle "loro culture di nascita" (Rita), intese come manufatti importati dai Paesi d'origine, ma nuove ibride soluzioni con cui le migranti affrontano la maternità in una terra straniera che per i loro figli sarà già madre-patria.

Le interviste rilasciate dalle madri sono resoconti autobiografici delle personali esperienze di attesa. La narrazione diventa un mezzo espressivo che permette alle donne di ricucire percezioni e istituzioni intrecciate nel vivere la gravidanza. Per quanto guidate dalle mie domande, all'interno della cornice dell'intervista, le trame narrative tessute dalle gestanti indicano come la maternità sia una "presentazione del sé" socialmente strutturata (Goffman, 1956).

A colpire nelle parole delle donne è la continua alternanza tra detto e taciuto, tra ridondanze e omissioni. Molte esercitano una sorta di autocensura rispetto a ciò che non ritengono condiviso dall'interlocutore, o inaccettabile nel contesto sociale. Le esperienze personali rispondono a specifici "copioni culturali" (Miller, 2005:27), tanto che, quando un episodio individuale sembra stonare rispetto alla sceneggiatura prevista, vengono messe in atto strategie di rimozione.

Le madri pluripare sono state prolisse nel raccontare delle maternità precedenti, le cui difficoltà valutavano in genere risolte con successo. La consapevolezza con cui si vive una successiva gravidanza è testimoniata dalla convinzione per cui queste madri sono passate da "apprendiste" a "esperte". L'idea condivisa che, una volta partorito, allattato, accudito un neonato sino alla soglia del primo anno, una donna diventi un'esperta in materia è stata una costante delle interazioni tra gestanti nei corsi prenatali. Questo spiega perché le pluripare presenti assumessero in breve tempo il ruolo di leader nelle discussioni, sollecitate dalle primipare in cerca di "risposte *reali*" a problemi comuni perché "testate sulla loro pelle" (Rossella). In tal modo le donne rivendicano come l'acquisizione definitiva dello *status* di madre, quasi fosse la concessione di un titolo onorifico, sia raggiunta attraverso l'*esercizio* attivo di prerogative materne³².

Abbiamo osservato che il sapere autorevole è un "sistema di conoscenza capace di imporsi in determinati contesti come migliore rispetto ai sistemi concorrenti" (Jordan, 1978:151). La sua efficacia è data dalla capacità di "stabilire le relazioni di potere in una stanza così che queste sembrino impensabili altrimenti" (Davis-Floyd, Sargent, 1997:55). Abbiamo sostenuto che il *design* medico della nascita è il modello autorevole nel nostro contesto d'indagine. Un'analisi minuziosa delle interazioni colte durante i corsi prenatali consente però di riaggiustare quest'interpretazione.

Le micro-dinamiche degli incontri indicano piuttosto una costruzione negoziata della conoscenza autorevole. Il sapere medico su gravidanza e nascita perde l'aura di verità ipostatizzata, sia perché le ostetriche stesse ne presentano versioni molteplici, sia perché altri modelli di riferimento sono introdotti dalle donne presenti. I metodi *alternativi*, le *tradizioni* familiari, i saperi *etnici* sul generare riferiti dalle immigrate sono avanzati come sistemi concorrenti alla medicina, la cui efficacia è comprovata da chi li ha utilizzati in prima persona. In questo processo la credibilità del sapere medico non viene minata, ma appare ridimensionata rispetto ad altre forme di conoscenza

³² La lingua italiana non dispone del corrispettivo francese o inglese di *maternage* o *mothering*, a complemento di *maternité* o *motherhood*, per indicare la differenza tra lo status e l'esercizio di una precisa identità femminile.

(Ketler, 2000). Può anche accadere che prassi prima marginali siano assunte dalla stessa medicina: è il caso della moxaterapia³³, che, come molte cure orientali, è oggi eseguita anche in ospedale.

In certe condizioni il gruppo del corso diventa una vera e propria *comunità di pratiche* (Wenger, 2002), di persone che condividono un'esperienza sulla quale costruiscono un sapere partecipato. Sfumando la gerarchia docente-discenti, le donne si accordano reciproco ascolto e legittimano posizioni altrimenti periferiche. La conoscenza così prodotta è anzitutto apprendimento, perché si forma attraverso l'assunzione *vicaria* di esperienze altrui. Le primipare vedono nelle pluripare non tanto un modello da emulare, quanto un termine di paragone che offre intelligibilità alla propria esperienza. In questo processo di co-produzione del sapere le donne sembrano coltivare anche *spirito critico*. Nessuno è depositario di una verità a tutto tondo, nemmeno l'ostetrica cui pure ci si appella costantemente, tanto che se l'informazione medica non è supportata da un paratesto "personale" può risultare inadeguata.

Tuttavia, nelle scelte degli attori sociali non sempre si possono giustapporre posizioni diverse, a volte in netto contrasto: è il caso della scissione tra visione medica del rischio e sua esperienza quotidiana.

6.4 Il rischio, tra reale e percepito

Diverse percezioni di rischio originano da diverse versioni della realtà. Non sempre i paradigmi della scienza medica coincidono con le convinzioni del senso comune; il rischio clinico raramente equivale a quello avvertito dai pazienti in prima persona (Lindenbaum, Lock, 1993:52-53). Anche le gestanti costruiscono in maniera contingente la propria percezione del pericolo in gravidanza. A prescindere dai rilievi ufficiali, molte donne fanno appello alla familiarità di eventuali malattie o eventi avversi legati al parto per collocare la propria esperienza materna all'interno di uno spettro di rischio. Il dialogo tra donne e medici mette in luce lo scarto tra *esperienza soggettiva* e *artefatto epidemiologico* del rischio e della mortalità. Entrambi i punti di vista sono comunque culturalmente prodotti, anche se al secondo si riconosce un'autorevolezza basata sul riscontro statistico.

Una coppia di futuri genitori, con cui avevo raggiunto una certa confidenza dopo aver spiegato i miei interessi di ricerca, alla domanda su quali metodi adottasse per tutelare la gravidanza, mi rispose: "Ci spiace, ma non abbiamo niente di *davvero culturale* da raccontarti, noi ascoltiamo solo quello che ci dice il dottore". In quella frase ho trovato condensato il processo con cui la medicina si erge a verità indiscussa, occultando la sua storicità e presentandosi come scissa dal mondo reale, che proprio per questo potrebbe spiegare con una versione dei fatti inopinabile.

³³ Tecnica basata sul riscaldamento della cute con foglie bruciate secondo le meridiane della medicina cinese. Viene impiegata in ostetricia prima del nono mese per riposizionare il feto da podice a vertice.

7. Vincoli, possibilità e strategie

Oltre l'orizzonte della didattica prenatale, le donne continuano a *farsi madri* in una molteplicità di contesti segnati da socialità differenti. La pluralità dei reticoli sociali, suscettibile di trasformazioni in vista di una nascita (chiusura o allentamento di alcuni rapporti, apertura di nuovi) implica al contempo obblighi e opportunità per le future madri. Il *capitale sociale* delle donne, inteso come potenziale di azione individuale derivante dal network di relazioni (Bagnasco, 1999:46), orienta sia l'interpretazione della gravidanza che la sua prassi corporea. Le esperienze riproduttive riflettono sistemi culturali di significato intrinseci alla rete di relazioni instaurate.

7.1 Reti multiple di relazione e capitale sociale: famiglia, comunità, servizi

A lungo autonomia e maternità sono state viste come antitetiche negli anni della mobilitazione femminista di massa. Per molte donne della ricerca, che comunque intendevano dar senso alla propria maternità anche quando non pianificata, l'arrivo di un figlio innescava significative trasformazioni nei rapporti intrafamiliari e di comunità.

Famiglia. Per alcune la maternità era un mezzo di crescita di status nei confronti di altre donne della famiglia, per altre un motivo di riconoscimento da parte del compagno, con il quale condividere l'impegno della genitorialità. Molte donne, anche lavoratrici, interpretano la maternità come una *carriera*, un percorso di vita nel quale riversare a fondo tempo, risorse, abilità.

A parte i casi di ricongiungimento familiare, le migranti incontrate descrivevano il proprio progetto di vita transnazionale come una scelta autonoma, in cui la maternità talora stentava a collocarsi. Se la prima motivazione che spinge gli individui a spostarsi è la ricerca di migliori condizioni di vita, anzitutto di un riscontro economico, le intervistate inserivano la maternità in un orizzonte a lungo termine, in cui stabilizzazione domiciliare e coniugale assumevano un ruolo centrale.

Con la nascita di un figlio, la vita domestica diventa predominante per molte donne, in genere vincolate dal contesto. Quasi tutte lamentano la carenza di strutture adeguate alla cura dei minori in età pre-scolare, tanto che chi non gode di un appoggio informale per la custodia dei figli o non aveva in precedenza un'occupazione stabile, opta per la carriera domestica ad interim. Le migranti passano sovente dal registro del "sono venuta qui per lavorare" a "adesso è meglio restare a casa"

(Ferrucci, 2010:151-156). A volte questo *ri-addomesticamento* è rivendicato come scelta: meglio rinunciare a qualche entrata, ma occuparsi della propria famiglia che di quella altrui (Satou).

Nonostante la difficile conciliazione tra casa e carriera (Dovigo, 2007), l'emancipazione femminile sembra realizzarsi almeno in parte nel privato, nella riconfigurazione dei ruoli di genere. Rispetto alle generazioni precedenti i nuovi padri tendono a essere più coinvolti nella crescita della prole e questo può valere anche per gli immigrati. In mancanza di una rete femminile di sostegno alla neomadre, i mariti sono in dovere di occuparsi della casa e dei figli, nonché della donna durante l'attesa. In questo modo il *machismo* di alcune culture (in particolare sudamericane) viene scosso alla radice, così come l'autorità patriarcale tradizionale di altre (ad esempio hindu) appare più sfumata e esercitata in misura partecipata. Processi sociali trasformativi, già innescati nei Paesi d'origine, possono subire un'accelerazione in migrazione o viceversa una battuta d'arresto. La questione della rispettabilità sociale della donna è avvertita in modo particolare durante l'attesa (Fatima) anche perché, secondo molti sistemi di pensiero, secolari ma soprattutto spirituali, la figura della madre incarna la quintessenza della perfezione muliebre (Tubert, 1996; D'Amelia, 1997).

Comunità di fede. Pur muovendo da una posizione laica, confrontandomi con altre donne in gravidanza ho rilevato ripetuti riferimenti religiosi nell'interpretare l'esperienza riproduttiva. Da un lato molte madri stabiliscono un nesso tra nascita e sacralità, dall'altro le istituzioni confessionali s'interpongono nel discorso e nelle pratiche procreative. In questo frangente viene messa in gioco, più che una fede come bagaglio predefinito, una religiosità come *sestante* di orientamento al pensiero e all'azione, come mezzo di contestualizzazione (Baumann, 2003:69).

La duttilità del serbatoio religioso è tale che i suoi motivi possono essere applicati sia agli esiti positivi che negativi di una gravidanza, per ringraziare del miracolo o fronteggiare la disperazione (Luz). La religiosità chiamata in cause dalle donne è al contempo un *capitale simbolico e sociale* (Bourdieu, 1972) Un capitale simbolico perché permette di dare senso all'esperienza riproduttiva individuale secondo un repertorio di valori condivisi mobilitati all'uopo. Un capitale sociale perché consente di sfruttare reti relazionali che offrono un sostegno pratico, mettendo a disposizione tempo e risorse di altre persone idealmente legate da un comune sentire.

Servizi territoriali. Per quanto riguarda l'assistenza alla maternità abbiamo riscontrato la duplicità tra istituti sanitari pubblici e organizzazioni indipendenti del terzo settore.

Se il welfare diramato dalle ASL, che offre servizi di base, è relativamente più praticato, consultori familiari e spazi del volontariato diventano visibili solo grazie al *passaparola* informale tra donne. Tipicamente le immigrate sono inserite in reti relazionali piuttosto segreganti, anche se quelle coniugate possono beneficiare dei contatti stabiliti dal marito, mentre per quelle occupate capita che siano gli stessi datori di lavoro a segnalare alcune opportunità. Come per le donne italiane, fattori quali scolarità, condizione lavorativa, accesso a strumenti informatici determinano la possibilità di

frequentare diversi contesti, anche per le migranti le condizioni materiali e la presenza di reti relazionali emancipanti fanno la differenza tra *conoscere* e *praticare* certi servizi o meno. Anche una volta identificati, questi servizi possono essere percepiti come inadeguati alle proprie necessità. I dati sulla disparità negli esiti perinatali (Pasini, Pullini, 2002; Lombardi, 2005) mostrano che la popolazione immigrata è esposta a fattori di rischio sanitari riconducibili a condizioni di marginalità sociale. Per ovviare a queste disuguaglianze le ostetriche propongono un ripensamento interno del sistema sanitario, ma anche un'apertura verso l'esterno, con il coinvolgimento del privato sociale che opera sul campo.

Nel terzo settore bergamasco *Agenzia per l'integrazione* è l'ombrello delle ong e onlus locali. L'interazione proposta reclama la commistione attiva tra culture contro un'assimilazione passiva degli immigrati e la formazione di un tessuto sociale integrato, capace di comprendere qualsiasi differenza (genere, età, nazione, etnia, credo) in modo che questa diventi una risorsa comune e non uno svantaggio individuale. Tuttavia, anche tra servizi perinatali analoghi è difficile conciliare retroterra ideologici diversi. Cito i consultori *AIED* e *CAV*, rispettivamente espressione della sinistra laica femminista e del cristianesimo militante, percepiti dall'esterno come avamposti l'uno dell'"aborto facile", l'altro della difesa della vita ad oltranza; una visione stereotipata ma non priva di riscontri effettivi. Ogni opzione per l'accompagnamento in gravidanza riflette una specifica ideologia riproduttiva, di cui la madre si trova oggetto, che la condivide o meno.

Madri translocali. L'esperienza della maternità per le migranti, che si muovono tra mondi materiali e simbolici diversi, testimonia come attraversare frontiere significhi sempre realizzare nuove forme d'identità, comunque ibride e faticose. L'evento nascita simboleggia una cesura, spesso stabilizzando la migrazione. Anche se non tutte le donne progettavano di rimanere in Italia, l'idea di un ritorno alle origini era posposta con l'arrivo dei figli: molte immaginavano il futuro della prole nel nuovo Paese, alcune serbavano la speranza di tornare acquisito un certo status socio-economico. La maternità migrante si caratterizza per il suo andirivieni simbolico. La nostalgia di casa diventa più cocente durante l'attesa, quando le donne si trovano a raffrontare le pratiche perinatali *qui* in uso, rispetto a quelle conosciute *là*. Il salto tra idee e prassi di maternità non è solo nello spazio, ma anche nel tempo. L'esperienza migratoria si colloca su una "terza sponda" (Beneduce, 2003), che connette quella di partenza a quella di arrivo e impone agli individui scelte alternative, non sempre mutualmente esclusive, ma comunque faticosamente "a metà strada".

Nella migrazione, conoscenze e abitudini delle culture d'origine, non più supportate da un entourage sociale, tendono a impallidire e farsi più blande. Ciò espone le immigrate al rischio di esaurirsi e delegare per disinformazione al medico: le cifre sui parti cesarei delle straniere, più alte delle controparti italiane, sono forse effetto di un gap comunicativo svantaggiante (Balsamo, 2003:116). In cerca di nuovi miti e riti che possano soppiantare l'universo simbolico sbiadito, le

donne migranti attribuiscono autorità al sapere medico (a volte motivando come modernizzazione il passaggio da una visione tradizionale della nascita a una scientifica), salvo poi riuscire a riattivare alcune pratiche etniche nel nuovo contesto. E' il caso delle donne cinesi che usufruiscono di una stanza riservata nel reparto maternità dell'ospedale di Alzano, o delle maghrebine che sfruttano un'aula concessa da una scuola pubblica per celebrare i riti d'ingresso dei neonati in comunità, o delle sudamericane che nello spazio allattamento ripropongono i propri massaggi prenatali.

La condizione di doppia marginalità delle migranti, donne e straniere, rischia di essere d'ostacolo a processi emancipatori, soprattutto quando il tempo dell'attesa si riempie di solitudine. Tuttavia, nelle parole delle giovani madri la generazione di figli può anche offrire opportunità di crescita personale e sociale. Tale riscatto non è automatico, ma faticosamente ricercato dalle donne, e sembra avvenire in parte tra le mura domestiche, in parte nella costruzione di nuovi rapporti principalmente basati sul genere. Pur tra passi falsi e ripensamenti, la maternità è colta come pretesto per allargare orizzonti conoscitivi, tessere nuove relazioni e intraprendere nuove attività.

7.2 Empowerment e gruppi d'aiuto

Il termine *empowerment* indica l'incremento di conoscenze, competenze e relazioni che permette a individui o gruppi di ampliare le proprie alternative, migliorando equità e qualità della vita (Zimmerman, 2000). Il rapporto tra *empowerment* e differenza di genere è spesso ricondotto a tre piani interrelati: partecipazione politica, partecipazione economica e controllo delle risorse produttive (Schuller, 2006). A strumenti che rilevano l'*emancipazione* delle donne nella sfera pubblica, è necessario affiancare analisi che permettano di accedere anche alla sfera privata, riconoscendo che i due mondi sono in continua sovrapposizione. Esaminare l'ambito domestico, tradizionalmente ascritto alla femminilità, significa sottrarlo all'invisibilità che lo caratterizza, mostrandone le relazioni di potere e conflitto interne ma permeabili rispetto al mondo pubblico.

La relazione tra maternità ed *empowerment* mette in crisi l'assunto di una corrente del femminismo per cui con la riproduzione la donna si inserirebbe nel quadro patriarcale delle relazioni sociali; nell'ambito domestico, in realtà, la filiazione può assumere valori emancipatori per la genitrice e contribuire alla ridefinizione dei ruoli di genere. Nella transizione alla maternità le donne mettono in gioco la propria capacità adattiva al cambiamento, collocando l'esperienza riproduttiva, più o meno voluta, nel proprio progetto di vita e *facendosi madri* anche attraverso dispositivi indipendenti, di socializzazione dal basso, come i gruppi di auto e mutuo aiuto.

L'esperienza della maternità attiva nelle donne l'abilità di *bricolage culturale*, di rielaborazione personale di quanto loro socialmente proposto o imposto. La gravidanza sembra incunarsi tra

passato e futuro in una dialettica tra cesura e continuità: un *marker event* da cui gettare una nuova retrospettiva sulla propria esistenza e proiettare uno sguardo sul futuro pieno d'incognite ma anche aspettative per sé, il nascituro e la propria famiglia. La maternità è vissuta con un forte investimento emotivo da parte delle donne in attesa, che nel cucire e ricucire la propria esperienza alle rappresentazioni disponibili mettono in atto alterne strategie d'*impegno e disimpegno*.

L'idea culturale di madre e le condotte sociali appropriate sono stabilite da simultanei processi formativi, in cui le donne si trovano oggetto d'ideologie con cui intrattengono diversi gradi di conflittualità. Di fronte all'impossibilità di incarnare un ideale materno, accettato o contestato, le donne ricorrono alla pluralizzazione dei riferimenti per dar conto delle proprie scelte e azioni già durante l'attesa. Ad esempio l'ecografia è doverosa, ma l'amniocentesi un azzardo, il parto in ospedale è più sicuro, ma l'epidurale un'anestesia inutile, o ancora l'allattamento al seno è da preferire, ma i sostituti artificiali sono eccellenti e più pratici. La maggior conoscenza dei temi della nascita, per quanto sia un'iniziale fonte di disorientamento, può all'occorrenza tornare utile. Le gestanti attingono a repertori simbolici diversi e contrastanti, dando senso a ciascuna esperienza riproduttiva con latenti contraddizioni, realizzando *identità* materne fragili e *precarie*, ma proprio per questo più *praticabili* (Remotti, 1996).

La salute riproduttiva, intesa in senso lato secondo la prospettiva dell'OMS, è quindi indicatore di cambiamento e sviluppo sociale anche a lungo termine. Sino a qualche anno fa si segnalava una spaccatura tra la richiesta di assistenza ambulatoriale da parte delle cittadine straniere, rispetto alla domanda di formazione perinatale da parte di quelle italiane (Lombardi, 2006). La mia esperienza di ricerca ha visto in parte un positivo evolversi della situazione, appurando l'interesse crescente delle migranti per i percorsi nascita e l'esistenza di rapporti integrati tra i servizi territoriali che rispondono alle necessità di socializzazione delle donne in maternità, senza per questo costruire canali ancora una volta ghettizzati.

I gruppi di auto e mutuo aiuto (AMA) sono "reti di relazioni che si formano ad hoc per produrre assistenza e sostegno" (Folgheraiter, 1990:88). Formati da pari, uniti in reciproca assistenza per soddisfare un comune bisogno, questi gruppi offrono sostegno emotivo, informazioni pratiche e aiuti materiali. Sebbene spesso sorgano su istigazione di professionisti, i gruppi puntano a superare l'impasse della relazione tra operatore e utente riducendone al minimo la verticalità.

Tra i gruppi AMA di Bergamo possiamo annoverare l'organizzazione *Donne Internazionali*³⁴, nata nel 1994 come luogo di relazione tra donne migranti e non, provenienti da ogni angolo del pianeta. Articolata in gruppi di lavoro ("ristoro, artigianato, figli del mondo, animazione"), l'associazione

³⁴ Il nome dell'associazione sottolinea la pluralità delle provenienze femminili rimandabili a diverse *culture nazionali*. L'idea di multiculturalismo comprende anche *identità etniche*, nonché *appartenenze religiose* trasversali ai confini statuali. "Stati, etnie e religioni" (Baumann, 1999) sono dispositivi culturali coevi con cui i soggetti si forgiavano un'identità, per vocazione una e plurima.

provvede anche alla cura dei minori migranti con il servizio *Iqbal*. Presso questo nido sperimentale sono attivi percorsi di socializzazione tra famiglie e di accompagnamento alla nascita.

Il progetto *Crescere mamme* è unico in città sia per il meticcio delle presenze registrate che per l'impostazione delle attività: uno spazio aperto dove convergono in orari dedicati donne di qualsiasi origine che desiderano confrontarsi sulla maternità. Si trovano fianco a fianco puerpere e gestanti, migranti boliviane dell'ultima ora con senegalesi di più lunga permanenza, indiane sikh con pachistane musulmane, e ovviamente anche italiane native. Le interazioni e gli scambi non sono però del tutto imprevedibili e trasversali: s'instaurano canali privilegiati di comunicazione e fiducia, anche sulla base delle appartenenze etniche e del registro linguistico. Le ostetriche non rivestono in questo frangente il ruolo di *conduttori* di corsi, piuttosto, insieme alle mediatrici, di *facilitatori* delle discussioni. L'atmosfera degli incontri è totalmente informale: una "seconda casa" (Luz), in cui si entra depositando le scarpe all'ingresso e abbandonandosi a un'intimità insperata.

Questo gruppo AMA basato sul genere muove sia nella direzione di consolidare un *bonding* (legami familiari, religiosi, etnici) tra individui che si riconoscono in comunità preesistenti, sia di creare un *bridging* (ponte tra gruppi) tra persone che s'identificano in culture diverse. Pur nelle sue segmentazioni, *Crescere mamme* è un buon esempio di comunità di pratiche, dove coltivare interesse per le soluzioni date da altri a problemi comuni. Nei comportamenti ivi esibiti si riaffermano norme e valori dissimili e talora contrastanti, ma confrontabili. Rintracciamo così un contesto, minuto ma significativo, a metà strada tra pubblico e privato, dove da una *multiculturalità* data e statica si transita verso una *interculturalità* ricercata e dinamica (Gobbo, 2003).

7.3 Le alternative della cultura riproduttiva

Negli spazi pubblici di assistenza riproduttiva si producono forme di conoscenza e competenza *materna* nuove e meticce, così come idee e prassi *ostetriche* altrettanto ibride e inedite.

Le dinamiche interattive dei percorsi nascita offrono l'occasione agli operatori perinatali di ripensare l'assistenza fornita, valorizzando anche l'apporto delle donne migranti che forse risultano *inadempienti* non perché incapaci di conformarsi alle richieste del sistema, ma perché "si offre un servizio *inadeguato*" (Rosa) alle loro diverse esigenze.

La disponibilità al dialogo che tutte le madri hanno riconosciuto alle figure ostetriche sul campo, testimonia la vitalità di questa categoria professionale, pur nelle ovvie variazioni personali. Dalle narrazioni delle pazienti, emergono precisi indicatori di qualità della cura perinatale: capacità di ascolto, chiarezza dell'informazione, rispetto della donna e volontà di "dedicare tempo" alla relazione terapeutica oltre i protocolli clinici.

Le ostetriche e l'ostetrico presi in esame hanno riferito una grande passione per il proprio lavoro, per alcuni un'autentica "missione" di vita (Caterina), a volte anche consacrata da un'investitura familiare (Anna). Le difficoltà incontrate nei primi tempi di esercizio della professione, riconducibili alla cesura tra "studiare l'anatomia [...] e *maneggiare* un neonato" (Carlo), sembrano venire meno con la reiterata esperienza quotidiana, che mira a rendere gratificante per ogni donna l'esperienza del parto, evento che per chi la assiste è una "routine ogni volta diversa" (Anna).

Il contributo dato da questa nuova leva di professionisti della nascita alla riconfigurazione della cultura riproduttiva è comprovato anche da alcune iniziative di più ampia risonanza pubblica. Penso alle associazioni ostetriche, l'italiana *Aiorce (Associazione Italiana Ostetricia per i Rapporti Culturali con l'Estero)* o l'internazionale *Global Voices on Maternal Health*, che si sono mobilitate per il riconoscimento della bio-socialità della riproduzione, con l'obiettivo di "condividere conoscenze, salvaguardare vite". O ancora all'operazione governativa "Bollini Rosa", con cui sono premiati gli ospedali che, secondo i riscontri delle utenti, risultano attenti alle specificità di genere nella cura medica.

La società italiana è esito di una spinta della storia che l'ha resa *multiculturale*, ospitante individui e comunità che fanno riferimento a culture diverse. Prendere atto di questo processo non implica che le pluralità sociali conviventi interagiscano secondo un impegno *interculturale*. Questo progetto sembra invece avviato nei contesti sociosanitari presi in esame. Certamente alcuni episodi di incomprensioni e discriminazioni, talora inconsapevoli, non coincidono con la celebrazione dell'apertura all'altro e del rispetto del diverso che molte ostetriche incarnano. Tuttavia, almeno per coloro che mi hanno affidato le proprie storie, il tentativo di sperimentare più inclusive strade di assistenza riproduttiva e più aperte identità materne è in atto anche nel *milieu* analizzato.

La procreazione è oggi più che mai un centro di elaborazione e di performance culturale. Situando le esperienze materne nei contesti sociali vediamo che la cultura non solo si possiede (*avere*) e si produce (*fare*), ma addirittura si incarna (*essere*). Parafrasando Mauss (1936), la stessa gestazione sembra essere una "tecnica del corpo". I corpi delle donne, in cui si realizzano i vissuti personali di maternità, sono luogo di espressione di caratteri e ruoli concretamente ancorati a dense e differenziate realtà socio-culturali (Destro, 2010:7). Le esperienze riproduttive mostrano tutta la loro variabilità e conflittualità in quei percorsi di cura e formazione che dovrebbero stabilizzarne il senso. Come la ricerca etnografica indica, il confronto tra culture riproduttive è quotidianamente in atto negli ambulatori, nei consultori, negli ospedali e in tutti quegli spazi di *riflessività pubblica*, in cui gli attori sociali, per mezzo della narrazione e della performance, esibiscono se stessi e le loro rappresentazioni. Il *métissage* riproduttivo si realizza nelle nuove forme di cura e lavoro che gli operatori socio-sanitari stanno sperimentando e nei modi di vita e di apertura all'altro che molte donne coinvolte in questa ricerca vanno saggiando per sé e per i propri figli (Guidetti, 2004).

Conclusioni: una logica meticcia, incorporare il sapere materno

Praticare un'etnografia della riproduzione comporta riconoscere come la nascita sia una soglia bio-sociale, in cui il sotto-testo biologico viene comunque preso a modello per strutturare le relazioni sociali e viceversa la comprensione di ciò che chiamiamo organico è sempre mediata dalle nostre prospettive culturali. Se gli studi di genere sono nati come studi delle donne e sulle donne, la questione della riproduzione non è rimasta appannaggio di un'élite marginale e attivista della ricerca sociale, ma ha contribuito a riformulare lo statuto epistemologico delle scienze umane, scardinando il preconcetto per cui le donne sarebbero state prive di un metalinguaggio su di sé e sulla società (Busoni, 2000). Le gestanti incontrate durante la ricerca erano tutt'altro che soggetti muti, quanto piuttosto consapevolmente *gravide di significati*: “pregnant with meanings”, come ebbe a dire in più occasioni Asha, giovane mamma di origine indiana. La riproduzione è dunque passata da oggetto di studio a strumento di analisi: punto nodale dei rapporti tra corpo, genere, parentela, persona e società; momento in cui si organizza l'irriducibile diversità umana.

Nell'arco di un trentennio dal suo esordio ufficiale (Jordan, 1978), l'antropologia della riproduzione si è fortemente consolidata. La raccolta d'informazioni transculturali sul procreare è quanto mai urgente nel mondo postmoderno, dove la nascita stessa è divenuta un'*arena di contestazione sociale*: a livello globale, nel confronto tra l'investimento occidentale in biotecnologie e i tentativi delle popolazioni cosiddette indigene di mantenere i propri stili di vita; a livello locale, nella lotta delle donne per il controllo della fecondità contro una pressante egemonia biomedica e biopolitica. Le ricerche in proposito si sono focalizzate ora sulla medicalizzazione riproduttiva nei Paesi occidentali, ora sui patrimoni ostetrici *altri* nei Paesi in via di sviluppo o tra le classi “subalterne” delle società complesse, assurti a vessillo della tradizione contro la modernità. Di recente è emerso un filone d'indagine sulle questioni migratorie e sanitarie, che esamina i rapporti tra sistema natale dei Paesi d'arrivo ed etno-ostetricie delle terre d'origine degli immigrati. Il presente lavoro si è inserito in questa corrente, colmando almeno in parte la carenza di confronti diretti tra le esperienze materne di donne autoctone e migranti, in un contesto a rilevante natalità immigrata quale l'Italia contemporanea. Si è così cercato non solo di superare la dicotomia tra sistemi di nascita che accordano autorità al saper fare femminile e comunitario o che la capitalizzano in esperti e attrezzature, ma anche di problematizzare la loro commistione in situazioni di crescente pluralismo e complessità socioculturale (Eriksen, 2007).

Combinando un approccio medico-antropologico ed uno socio-politico, contro ogni riduzionismo, in questo studio il tempo della nascita si configura come *forma quotidiana di incorporazione della cultura e della statualità* (Pizza, 2005; Quaranta, 2005).

Dalla discussione sui dati etnografici raccolti, la gravidanza si è rivelata una condizione molto più attiva dell'idea di attesa, non uno stato sospeso in cui si aspetta che il dramma della nascita si compia, ma un processo vissuto come laboriosa attribuzione di senso in cui la donna si costruisce come madre, sia a propri occhi che a quelli della collettività.

Il training prenatale cui le gestanti partecipano, in numero sempre crescente, nei contesti sociosanitari italiani non è certamente neutro, ma imperniato sull'interpretazione biomedica della riproduzione. Tuttavia questo modello non è univoco nella sua presentazione e viene recepito dalle madri con riscontri altamente variabili, calibrati sulla base della propria storia personale e del capitale sociale e simbolico disponibile. L'alternanza tra domanda e offerta di cura, tra medicalizzazione e dominio medico (Spina, 2007), nei percorsi di assistenza ostetrica non esaurisce le interazioni tra donne e personale *esperto*. "Onde anomale di esperienza condivisa" fanno da contrappunto alla "corrente di sapere autorevole" (Ketler, 2000:173) che la preparazione sanitaria al parto si prefigge di trasmettere, disciplinando le madri ai protocolli clinici. Accordandosi reciproco ascolto e assumendo vicariamente le esperienze altrui, le donne danno forma a una conoscenza plurale e pragmatica, in cui il corpo gravido emerge a sua volta come fonte incorporata di sapere. Il corpo femminile si rivela oltre che oggetto di sguardo, intervento medico e in ultima istanza controllo sociale (Duden, 1994; Pizzini, 1999), anche soggetto di conoscenza.

Il terreno di ricerca è stato attraversato non solo da correnti d'idee, ma anche da flussi d'individui. Nel tempo riproduttivo si moltiplicano le occasioni d'incontro e scambio tra donne native e migranti, che spesso fruiscono insieme degli stessi servizi (Dotti, Luci, 2008). La matro-poiesi delle immigrate è apparsa quasi sempre più faticosa, perché collocata in un crinale esistenziale dove il tentativo di riproporre teorie e pratiche natali delle culture d'origine stride con la realtà sociale e istituzionale italiana. Le diverse idee e abitudini procreative dei migranti non sono mai riattualizzate in toto (Castiglioni, 2004; Lombardi, 2006), ma si trasformano sovrapponendosi con altri modi locali di generare. Questi ultimi, a loro volta, non sono riconducibili a una fantomatica cultura riproduttiva italiana, che si è rivelata plurale e diacronica anche nello spaccato provinciale orobico. L'interattività della cura riproduttiva si ripercuote anche sul modo in cui gli operatori perinatali strutturano l'assistenza. Nella prassi ostetrica si registrano tentativi, non sempre riusciti, di personalizzare i servizi e di fare intercultura, riconoscendo le diversità culturali della nascita e coinvolgendole in un sistema natale comunque clinico ma più ospitale.

Nella *performance* quotidiana dell'assistenza alla nascita si riconoscono molteplici fonti di sapere, che veicolano altrettante epistemologie della maternità, concorrenti ma mai paritarie. L'idea clinica della riproduzione risulta autorevole ed egemone in quanto è in grado di rispondere alle *posture emozionali* della paura e della cura che ha essa stessa contribuito ad alimentare. Nei vari momenti propedeutici alla nascita si disegna sempre un quadro dialettico di rischio e responsabilità, in cui le donne devono *dar conto* della propria condotta per assicurare il miglior esito possibile del processo riproduttivo (Rapp, 1999). Ad accomunare le diverse esperienze incorporate di maternità è dunque il "senso del dovere" che le gestanti dichiarano di avvertire, nei confronti del nascituro, ma anche del padre, della famiglia e della società che lo accoglierà. In ciò la maternità si connota ancora una volta come indecidibile onere e onore femminile. E' sintomatico che la presenza del padre, in sordina durante l'attesa, si attesti soprattutto nei momenti medicalizzati, dove peraltro sono spesso figure maschili a dirigere le operazioni, durante gli accertamenti, le ecografie o il parto in clinica. Se numerose biotecnologie riproduttive sono state onnipresenti sul campo, è decisivo cogliere il significato del loro impiego, che in diversa misura concorre a plasmare le esperienze vissute del generare. Una parte delle NTR si caratterizza per essere altamente specializzata, quindi non comune e ad accesso riservato (non solo sulla base di esigenze reali, comunque culturalmente indotte, ma anche rispetto alla possibilità economica dei futuri genitori). Un'altra parte delle biotecnologie invece è ormai divenuta di routine, tale per cui anche la maggioranza delle esperienze riproduttive *normali*, sono piuttosto *normalizzate* attraverso l'uso di tecniche sul corpo mirate. L'iter diagnostico prenatale e soprattutto l'ecografia ostetrica sono oggi parte immancabile di ogni gestazione. Il potere della tecnologia medica ha reso l'*icona* del feto pressoché universale, anche se suscettibile di diverse interpretazioni locali e personali (Morgan, 2009). L'immaginario mediatico della vita prenatale ha avuto un enorme impatto sulla relazione madre-feto. Le gestanti costruiscono nuovi rapporti senzienti con il nascituro, che, sottratto all'invisibilità e all'incognita del genere sessuale, diventa una *dramatis persona* prima ancora di entrare nel mondo sociale. In ciò si scorge quasi un'inversione tra madre e feto: la prima, già adulta ma come informe, è ancora interessata da un processo di plasmazione sociale del nuovo ruolo, il secondo, ancora biologicamente incompleto, sembra aver già assunto l'identità sociale di *persona*. Entrambi, infine, emergono come soggetti in virtù di un "assoggettamento sociale" (Guaraldo, 2008).

Come ogni altra società, anche la nostra indirizza le donne verso ciò che la riproduzione dovrebbe significare per loro, incoraggiando condotte e suscitando emozioni *culturalmente* specifiche, attraverso pratiche discorsive quotidiane o rituali. Allo stesso tempo però le madri intervengono sulle idee, condotte, emozioni che dovrebbero assumere *naturalmente* con diversi raggi d'azione. Se la pluralità delle rappresentazioni materne provoca disorientamento e conflitti nelle esperienze

riproduttive femminili, l'indeterminatezza delle identità materne, un vero cantiere sempre aperto, può anche essere una risorsa per le donne che si fanno madri, rendendo più praticabile il loro ruolo. Le conversazioni sulla maternità con le gestanti sono servite da detonatore per esporre complesse auto-rappresentazioni, sempre relazionali, sia domestiche sia pubbliche. Le storie riproduttive individuali si sono rivelate laboratori dove creare e patteggiare specifiche realizzazioni femminili e materne (Ferrucci, 2010). Di fronte alla complessità dei processi culturali matro-poietici, le donne incontrate hanno restituito immagini di sé altrettanto irrisolte, in cui all'irraggiungibilità del modello natale cui sembrano aspirare, ideale quanto poliedrico, sostituiscono incorporazioni materne negoziate, più o meno subite o agite.

Nelle pratiche di cura ostetrica e formazione prenatale si determina non solo la compatibilità tra discorsi riproduttivi, ma anche la reciprocità tra esperienze procreative. I "percorsi nascita" frequentati, sia istituzionali sia informali, sono divenuti, per me come per le altre donne, terreno di prova dove mettere in gioco non tanto i concetti quanto le esistenze.

Esercitando un tentativo di autocritica, pregi e difetti della presente ricerca sono speculari, contraddistinti dalla mia attività etnografica e autobiografica. Più che di obiettività questo lavoro gronda di riflessività. Non è stato facile accogliere e restituire punti di vista diversi e talora stridenti rispetto al mio sentire: in qualche intervista ho forse indotto l'interlocutore verso certe affermazioni, anche se in altri casi ho giocoforza rivisto le mie posizioni sulla maternità grazie all'influenza altrui. Per quanto abbia cercato di mantenere equidistanza tra le ideologie della nascita, nelle mie parole traspare comunque la preferenza per il parto naturale e attivo, non sedato e possibilmente domiciliare. Tuttavia io stessa ho dovuto rinunciare al parto in casa per la palese contrarietà dei miei familiari, a riprova del fatto che le nostre scelte in materia riproduttiva sono sempre pragmatiche e socialmente condizionate.

E' stato arduo trattare con imparzialità la questione dell'IVG, soprattutto quando definita *terapeutica*, dal momento che il diritto della donna ad abortire rispetto al diritto delle persone "disabili" a vivere è risultato inconciliabile (e mentre ho trovato molte madri disposte a perorare la prima causa, *pro-choice*, non ho incontrato altri che la volontaria cattolica a difendere la seconda, *pro-life*, con i mezzi poco ortodossi già descritti). Altrettanto penoso è stato evitare di interferire in alcune situazioni dove le donne mi sono sembrate in balia degli operatori, a volte vittime di autentici soprusi del sistema (penso alla giovane rom in travaglio duramente ripresa per non avere eseguito controlli prenatali, alla faziosa attribuzione di un'identità discriminata alla donna che aveva partorito in anonimato, o ancora alla clamorosa strumentalizzazione delle fotografie di aborti). In certe situazioni mi sono alienata la simpatia di qualcuno esternando le mie rimostranze e minando così la pretesa di essere *politically correct*.

Per mesi il campo etnografico ha assorbito la mia vita in quanto ricercatrice gestante e il mio farmi madre, seppur per la seconda volta, è stato a tratti estenuante, costantemente problematizzato. Tuttavia quest'esperienza mi ha dato la possibilità di indossare per qualche istante i panni di altre donne, rilevando la convergenza delle nostre esperienze oltre la divergenza delle rappresentazioni. Di ciò ringrazio coloro che hanno condiviso con me quei mesi e che in queste pagine mi hanno prestato le loro voci. L'attendibilità del resoconto etnografico è data dalla sua parzialità, dal fatto di essere stato scritto in prima persona ma prodotto in misura collaborativa (Clifford, Marcus, 1993) e di aver fornito, più che risultati definitivi, appunti programmatici di ricerca.

Altre prospettive di ricerca si aprono ai limiti della mia indagine.

Mentre qui si è scelto di considerare le donne straniere dal punto di vista della comune condizione migrante, ciò non toglie che i vissuti individuali di maternità si siano rivelati diversi anche perché ciascuna madre faceva riferimento a specifici universi culturali. Sarebbe quindi doveroso analizzare le nuove forme riproduttive elaborate da determinati gruppi immigrati, come sinora è stato fatto solo in parte: per le donne maghrebine (Balsamo, 2003), dell'Africa sub-sahariana (Guidetti, 2004) e peruviane (Ferrucci, 2010). In tal modo si potrebbero portare alla luce le specificità dei meticcianti culturali di maternità/natalità, che dipendono anche dalle provenienze geografiche degli individui migranti e da ciò che essi riconoscono come *identità etnica*³⁵.

L'etno-ostetricia inoltre è per tradizione tarata sul tema del parto, di forte valenza simbolica, mentre sono a lungo rimasti in ombra i momenti pre e post natali che meriterebbero rinnovata attenzione. Se nella nostra trattazione abbiamo insistito sull'incorporazione culturale in gravidanza (adottando l'idea di Ivry, 2009), la bio-socialità di puerperio e allattamento è ancora largamente inesplorata. Da volontaria della lega del latte, riconosco che in Italia tali discussioni sono tanto ideologiche quanto marginalizzate nel discorso pubblico, delegate agli "addetti ai lavori" e poco esposte a dibattito sociale. Molte idee sul comportamento perinatale non sono di dominio comune, ma rimangono confinate in appositi spazi, per lo più medici, e proprio per questo risultano più ostiche da praticare o da confutare³⁶.

Altro limite manifesto del presente lavoro è stato il *setting* della ricerca, marcatamente clinico. Per quanto nel territorio considerato l'assistenza pubblica alla maternità fosse realizzata in misura preponderante da servizi sociosanitari, indagare altri spazi e modi di cura, anche privati e informali (tanto anonimi quanto diffusi), potrebbe portare alla luce nuovi temi e diverse considerazioni. Come

³⁵ Intendendo per identità etnica non un dato naturale, ma un costrutto culturale rivendicato a fini politici: un'identità sociale "immaginata", ma operativamente "reale" cui gli individui si appellano in condizioni d'instabilità (Fabietti, 1998), anche in situazioni migratorie.

³⁶ Mi riferisco ad esempio al dramma delle donne sieropositive, che, per ragioni mediche cautelari, vengono messe nell'impossibilità di scegliere il parto naturale o l'allattamento al seno, quando non addirittura dissuase dall'intraprendere una gravidanza o invitate a interromperla (Elena).

documentato almeno in parte, le reti femminili delle gestanti, soprattutto familiari, e le nuove relazioni virtuali *gender-based* intrecciate in rete costituiscono un'importante fonte informativa e formativa per interpretare la maternità.

Infine, se abbiamo dimostrato che la riproduzione è un prodotto intersoggettivo, in cui anche il padre riveste un ruolo importante interagendo con la madre e gli operatori, in questa indagine si registra la quasi totale assenza di voci paterne durante l'attesa. Sia per impostazione metodologica (non ho formalmente intervistato nessun padre), che per casualità di terreno (i rari papà presenti sul campo scortavano sempre le compagne), non ho avuto accesso diretto al discorso sulla paternità. Tuttavia anche la costruzione sociale del padre è storicamente variabile (Lo Russo, 1995) e oggi in trasformazione, tanto per gli uomini italiani quanto per gli immigrati: sia per la riconfigurazione delle famiglie e dei ruoli di genere, sia per le opportunità offerte dalle biotecnologie riproduttive³⁷. Dare visibilità anche alle idee e pratiche con cui gli uomini si fanno padri, sia in prospettiva interazionista che storico-etnografica, consentirebbe di bilanciare in maniera complementare il discorso sulla maternità, riformulando il quadro riproduttivo.

Sociologia e antropologia della riproduzione sono abituali avamposti del femminismo militante, impegnate a denunciare i rapporti di potere nel generare e a rivendicarne le resistenze. Opporsi all'uniformazione del pensiero su ciò che procreazione e nascita rappresentano, pur sollevando inesauribili interrogativi, consente di dar luce a nuove generazioni in contesti complessi ma dove sono possibili sempre nuove realizzazioni: di madre, di padre, di infante e più in generale di persona. Se nella procreazione si ri-produce la società, l'indeterminatezza delle identità materne apre la strada all'originalità dei nascituri, alla loro autonoma capacità di coltivarsi attingendo a differenti ideali. Augurarsi dunque che la *matro-poiesi*, con tutte le sue aporie, continui a essere plurale ma anche più libera e consapevole collazione tra modelli diversi, significa immaginare un futuro di *auto-poiesi* (Remotti, 1996) per tutti i bambini che nasceranno.

“Il concetto di riproduzione è tutt'altro che statico [...], *invischiato* in lotte per determinarne il significato nei discorsi scientifici e popolari. Le politiche riproduttive si muovono su terreni sociali sconnessi e dibattuti e ci sfidano a concepire mondi alternativi che possano più equamente accomodare le vaste ma diverse aspirazioni che tutti nutriamo per le generazioni a venire.” (Ginsburg, Rapp, 1995:15)

³⁷ Basti pensare alla fecondazione in vitro, al mercato mondiale delle “banche del seme”, o alla recente scoperta della possibilità di creare spermatozoi dalle cellule staminali midollari della donna (Inhorn, Birenbaum, 2008).

Bibliografia

- AA. VV. (2009), *Quattordicesimo rapporto sulle migrazioni 2008*, Fondazione ISMU, Iniziative e Studi sulla Multietnicità, Franco Angeli, Milano.
- AA. VV. (2009), *XIX Dossier statistico immigrazione Caritas-Migrantes*, Idos Edizioni, Roma.
- AA. VV. (2009), *Settimo Rapporto sull'immigrazione straniera a Bergamo e provincia. Annuario 2008*, ORIM, Osservatorio Regionale Immigrazione e Multietnicità, Franco Angeli, Milano.
- AA. VV. (2010), *Countdown to 2015 decade report (2000–2010): taking stock of maternal, newborn and child survival*. WHO and Unicef Publications, Geneve. Url: http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599573_eng.pdf
- Abu-Lughod Lila, Lutz Catherine (2005), “Emozione, discorso e politiche della vita quotidiana”, *Annuario Antropologia*, 5, pp.15-35 [1990].
- Ammaniti Massimo (1995), *Maternità e gravidanza: studio delle rappresentazioni materne*, Raffaello Cortina, Milano.
- Angelini Massimo, Trinci Manuela (2000), *Le voglie: immaginario materno tra magia e scienza*, Meltemi, Roma.
- Armstrong Elisabeth (2000), “Lessons in Control: Prenatal Education in the Hospital”, in *Social Problems*, 47(4), pp.583-605.
- Augé Marc, Herzlich Claudine (1986), *Il senso del male. Antropologia, storia e sociologia della malattia*, Il Saggiatore, Milano [1983].
- Bagnasco Arnaldo (1999), *Tracce di comunità*, Il Mulino, Bologna.
- Balaskas Janet (2003), *Manuale del parto attivo*, Red Edizioni, Milano [1983].
- Baldini Gianni, Soldano Monica (2007), *Tecnologie riproduttive e tutela della persona. Verso un comune diritto europeo per la bioetica*, Firenze University Press, Firenze.
- Balsamo Franca (1997), *Da una sponda all'altra del Mediterraneo: donne immigrate e maternità*, L'Harmattan, Torino.
- Balsamo Franca (2003), *Famiglie di migranti: trasformazioni dei ruoli e mediazione culturale*, Carocci, Roma.
- Bandura Albert (2001), “Social Cognitive Theory: an agentic perspective” , in *Annual Review of Psychology*, 52 (1), pp.1-26.
- Barnard Alan (2002), *Storia del pensiero antropologico*, Il Mulino, Bologna.

- Bastianoni Paola, Fruggeri Laura, (2005), *Processi di sviluppo e relazioni familiari*, Unicopli, Milano.
- Baumann Gerd (2003), *L'enigma multiculturale. Stati, etnie, religioni*. Il Mulino, Bologna [1999]
- Beneduce Roberto (2003), "La terza sponda del fiume. Un approccio antropologico alla mediazione culturale", in Andolfi M. (a cura di) *La mediazione culturale. Tra l'estraneo e il familiare*, Franco Angeli, Milano, pp. 39-72.
- Beneduce Roberto, Roudinesco Elisabeth (a cura di) (2005), *Antropologia della cura*, Bollati Boringhieri, Torino.
- Blaffer Hrdy Sarah (1999), *Mother Nature: maternal instincts and how they shape the human nature*, Pantheon, New York.
- Boltanski Luc (2007), *La condizione fetale. Una sociologia della generazione e dell'aborto*, Feltrinelli, Milano [2004].
- Bonarini Franco, Ongaro Fausta, Viafora Corrado (2004), *Sessualità e riproduzione: tutto sotto controllo? Concepimento e gravidanza in contesti di bassa natalità*, Franco Angeli, Milano..
- Bono Paola (a cura di) (1999), *Questioni di teoria femminista*, La Tartaruga, Milano.
- Bourdieu Pierre (2003), *Per una teoria della pratica*, Raffaello Cortina, Milano [1972].
- Bracci Fabio, Cardamone Giuseppe (a cura di) (2005), *Presenze. Migranti e accesso ai servizi socio-sanitari*, Franco Angeli, Milano.
- Braibanti Lorenzo (1993), *Parto e nascita senza violenza*, Red Edizioni, Milano.
- Braidotti Rosi (2006), *In metamorfosi*, Feltrinelli, Milano.
- Braidotti Rosi (1996), *Madri, mostri, macchine*, Manifesto Libri, Roma.
- Busoni Mila (2000), *Genere, sesso, cultura. Uno sguardo antropologico*, Carocci, Roma.
- Butler Judith (1996), *Corpi che contano*, Feltrinelli, Milano.
- Buttitta Antonino (1996), *Dei segni e dei miti. Una introduzione all'antropologia simbolica*, Sellerio, Palermo.
- Cardano Mario (2003), *Tecniche di ricerca qualitativa. Percorsi di ricerca nelle scienze sociali*, Carocci, Roma.
- Castiglioni Marco (a cura di) (2001), *Percorsi di cura delle donne immigrate: esperienze e modelli di intervento*, Franco Angeli, Milano.
- Castiglioni Marco (2004), "Donne immigrate e uso dei servizi socio-sanitari" in Rizzi R, Iossa Fasano A. (a cura di), *Ospitare e curare: dialogo interculturale ed esperienze cliniche con gli immigrati*, Franco Angeli, Milano.
- Cattaneo Maria Luisa, Dal Verme Sabina, (2005), *Donne e madri in migrazione. Prospettive transculturali e di genere*, Unicopli, Milano.

- Chodorow Nancy (1978), *The reproduction of mothering*, UCP, Berkeley.
- Clifford James, Marcus George, (1997), *Scrivere le culture. Poetiche e politiche in etnografia*, Meltemi, Roma [1986].
- Colombo Grazia, Pizzini Franca, Regalia Anita (1987), *Mettere al mondo: la produzione sociale del parto*, Franco Angeli, Milano.
- Csordas Tomàs (2001), *Embodiment and Experience, the existential ground of culture and self*, CUP, Cambridge.
- Csordas Tomàs (1990), "Embodiment as a paradigm for anthropology", *Ethos*, 18, pp.5-47.
- D'Amato Marina (a cura di) (2008), *Per un'idea di bambini*, Armando Editore, Roma.
- D'Amelia Marina (a cura di) (1997), *Storia della maternità*, Laterza, Bari.
- Davis-Floyd Robbie, Sargent Caroline (1997), *Childbirth and authoritative knowledge, cross-cultural perspectives*, UCP, Berkeley.
- Davis-Floyd Robbie (1992), *Birth as an American rite of passage*, UCP, Berkeley.
- Davis-Floyd Robbie, Georges Eugenia (1996), "On pregnancy", in *Encyclopedia of Cultural Anthropology*, New Haven CT: Human Relations Area Files, pp.1014-1016.
- Dal Lago Alessandro (1999), *Non-persone. L'esclusione dei migranti in una società globale*, Feltrinelli, Milano.
- De Beauvoir Simone (2002), *Il secondo sesso*, Il Saggiatore, Milano [1949, *Le Deuxieme Sexe*, Gallimard, Paris].
- Demaria Cristina (2003), *Teorie di genere. Femminismo, critica postcoloniale e semiotica*, Bompiani, Milano.
- De Martino Ernesto (1959), *Sud e magia*, Feltrinelli, Milano.
- De Vries Raymond et al. (eds.) (2001), *Birth by design: pregnancy, maternity care and midwifery in North America and Europe*, Routledge, London.
- Douglas Mary (1970), *Simboli naturali*, Einaudi, Torino.
- Douglas Mary (1992), *Risk and Blame. Essays in Cultural Theory*, Routledge, London.
- Dotti Monica, Luci Simona (2008), *Donne in cammino. Salute e percorsi di cura di donne immigrate*, Franco Angeli, Milano.
- Dovigo Fabio (2007), *Strategie di sopravvivenza. Donne tra famiglia, professione e cura di sé*, Bruno Mondadori, Milano.
- Duden Barbara (1994), *Il corpo della donna come luogo pubblico. Sull'abuso del concetto di vita*, Bollati Boringhieri, Torino.
- Duranti Alessandro (2007), *Etnopragmatica: la forza nel parlare*, Carocci, Roma.

- Ehrenreich Barbara, Hocschild Arlie Russell (a cura di) (2004), *Donne globali. Tate, colf e badanti*, Feltrinelli, Milano.
- Eriksen Thomas Hylland (2007), "Complexity in social and cultural integration: some analytical dimensions", in *Ethnic and Racial Studies*, 30 (6), pp. 1055-1069.
- Fabietti Ugo (1998), *L'identità etnica. Storia e critica di un concetto equivoco*, Carocci, Roma.
- Farmer Paul (2005), *Pathologies of Power. Health, human rights and the new war on the poor*, UCP, Berkeley.
- Ferrucci Francesca (2010), "Farsi donne. Migranti peruviane in Italia", in Destro A. (a cura di), *Femminile e personale*, Carocci, Roma, pp.143-175.
- Fiocco Paola Maria (2004), *Teoria sociale della cura. La struttura dell'identità medica*, Franco Angeli, Milano.
- Fiume Giovanna (a cura di) (1995), *Madri. Storia di un ruolo sociale*, Venezia, Marsilio.
- Folgheraiter Fabio (1990), *Operatori sociali e lavoro di rete. Saggi sul mestiere di altruista nelle società complesse*, Edizioni Erickson, Trento.
- Forni Silvia, Pennacini Cecilia, Pussetti Chiara (2006), *Antropologia, genere, riproduzione*, Carocci, Roma.
- Foucault Michel (1998), "Le maglie del potere", in *Archivio Foucault* 3, Feltrinelli, Milano, pp. 155-171 [1981;1982, "As Malhas do Poder, in *Barbárie* 4;5 Salvador-BA].
- Foucault Michel (1992), *Tecnologie del Sé*, Bollati Boringhieri, Torino, pp.11-47 [1982, *Technologies of the Self*, Vermont University Press, pp.16-49].
- Foucault Michel (2001), *La volontà di sapere (Storia della sessualità. Vol.1)*, Feltrinelli, Milano [1976, *La volonté du Savoir, Histoire de la Sexualité I*, Gallimard, Paris].
- Galimberti Umberto (2009), "Il mito dell'amore materno", in *I miti del nostro tempo*, Feltrinelli, Milano.
- Gallini Clara, Satta Gabriella (2007), *La relazione etnografica*, Meltemi, Roma.
- Ginsburg Faye, Rapp Rayna (eds.) (1995), *Conceiving the New World Order. The Global Politics of Reproduction*, University of California Press, Berkeley.
- Gobbo Francesca (a cura di) (2003), *Multiculturalismo e intercultura*, Imprimerie, Padova.
- Goffman Erwing (1969), *La vita quotidiana come rappresentazione*, Il Mulino, Bologna [1956, *The Presentation of Self in Everyday Life*, Doubleday, New York].
- Goffman Erwing (1968), *Asylum: le istituzioni totali*, Einaudi, Torino [1961, *Asylums*, Doubleday, New York].
- Grella Pasquale et al. (a cura di) (2000), *Compendio di Ginecologia e Ostetricia*, Monduzzi Editore, Bologna.

- Guaraldo Olivia (2008), "Assoggettamento e soggettivazione del femminile: la mistica della maternità", in Amendola A., Bazzicalupo L. et al. (a cura di) *Biopolitica, bioeconomia, processi di soggettivazione*, Quodlibet, Macerata, pp. 283-295.
- Guidetti Cecilia. (2004), *Maternità e migrazione. Percorsi di donne dell'Africa sub-sahariana*, Tesi di Laurea in Sociologia, relatore C. Mattalucci, Università di Milano-Bicocca.
- Hannerz Ulf (2001), *Esplorare la città. Antropologia della vita urbana*, Il Mulino, Bologna.
- Haraway Donna (eds.) (1998a), *Cyborg Babies; from Techno-Sex to Techno-Tots*, Routledge, New York.
- Haraway Donna (1998b), *Manifesto cyborg: donne, tecnologie e biopolitiche del corpo*, Feltrinelli, Milano.
- Hine Christine (2000), *Virtual Ethnography*, Sage, London.
- Iacob Marcela (2005), *L'Impero del ventre*, Ombre Corte, Verona.
- Inhorn Marcia, Van Balen Frank (2002), *Infertility Around the Globe: New Thinking on Childlessness*, UCP, Berkeley.
- Inhorn Marcia, Birenbaum Daphna (2008), "Assisted Reproductive Technology and culture change", *Annual Review of Anthropology*, 37, pp.177-196.
- Ivry Tsipy (2009), *Embodying Culture. Pregnancy in Japan and Israel*, Rutgers, New Jersey.
- Jennings Rob, O'Malley Lisa (2003), "Motherhood, Identity and Consumption", in (eds.) Turley D., Brown S., *European Advances in Consumer Research*, 6, Provo: UT.
- Jordan Brigitte (1993), *Birth in four cultures*, Waveland Press, Illinois [1978].
- Ketler Suzanne (2000), "Preparing for motherhood", in *Medical Anthropology Quarterly*, 14(2), pp.138-158.
- Kitzinger Sheila (1980), *Women as Mothers*, Vintage, New York.
- Kitzinger Sheila (2005), *The politics of birth*, Elsevier, New York.
- Kristeva Julia (1981), *Poteri dell'orrore. Saggio sull'abiezione*, Spirali, Milano [1980].
- Lagomarsino Francesca (2005), *Esodi e approdi di genere*, Franco Angeli, Milano.
- Léboyer Frederick (1997), *Per una nascita senza violenza*, Bompiani, Milano [1974].
- Le Breton David (2007), *Antropologia del dolore*, Meltemi, Roma.
- Lévi-Strauss Claude (1978), "L'efficacia simbolica" in *Antropologia Strutturale I*, Il Saggiatore, Milano [1949, "L'efficacité symbolique", in *Anthropologie Structurale I*, Gallimard, Paris].
- Lindenbaum Sheila, Lock Margaret, (1993), *Knowledge, power and practice: the anthropology of medicine in everyday life*, UCP, Berkeley.
- Lock Margaret, Scheper-Hughes Nancy (1987), "The mindful body", in *Medical Anthropology Quarterly*, 1, pp.6-41.

- Lock Margaret (1993), "Cultivating the Body: anthropology and epistemology of bodily practices and knowledge", in *Annual Review of Anthropology*, 22, pp.133-155.
- Lock Margaret, Kaufert Patricia (1998), *Pragmatic women and body politics*, UCP, Berkeley.
- Lock Margaret (1998), "Perfecting Society: reproductive technologies, genetic testing and planned family in Japan" in Lock M., Kaufert P., *Pragmatic women and body politics*, UCP, Berkeley, pp.206-39.
- Lombardi Lia (2006), *Società, culture e differenze di genere. Percorsi migratori e stati di salute*, Franco Angeli, Milano,
- Lombardi Lia (2009), "La medicalizzazione della riproduzione umana: il corpo e il genere", in Maturò A., Conrad P. (a cura di), *La medicalizzazione della vita*, Franco Angeli, Milano.
- Lo Russo Giuditta (1995), *Uomini e Padri. L'oscura questione maschile*, Borla, Roma.
- MacCormack Carol (1994), *Ethnography of fertility and birth*, Waveland Press, Illinois.
- Maher Vanessa (1992), *Il latte materno: i condizionamenti culturali di un comportamento*, Rosenberg & Sellier, Torino.
- Marazzi Antonio (2002), *Antropologia della visione*, Carocci, Roma.
- Mariti C. (2003), *Donna migrante, il tempo della solitudine e dell'attesa*, Franco Angeli, Milano.
- Martin Emily (1987), *The woman in the body: a cultural analysis of reproduction*, Beacon Press, Boston.
- Mauss Marcel (1980a), "Una categoria dello spirito umano; la nozione di persona, quella di 'io'", in *Teoria generale della magia e altri saggi*, Einaudi, Torino [1938, "Une catégorie de l'esprit humain: la notion de personne, celle de 'moi'", *Journal of the Royal Anthropological Institute*, vol. LXVIII, London].
- Mauss Marcel (1980b), "Le tecniche del corpo", in *Teoria generale della magia e altri saggi*, Einaudi, Torino [1936, "Les techniques du corps", in *Journal de Psychologie*, XXXII, NE, 3-4].
- Mead Margaret (1979), *Maschio e femmina*, Il Saggiatore, Milano [1949, *Male and Female*, Harper Collins, Quinn].
- Mead Margaret, Newton Niles (1967), "Cultural Patterning of Perinatal Behavior", in Richardson S., Guttmacher A. (eds.), *Childbearing: its social and psychological aspects*, Williams and Wilkins Company, Baltimore.
- Merleau-Ponty Maurice (1967), *La struttura del comportamento*, Bompiani, Milano [1942].
- Merleau-Ponty Maurice (2003), *Fenomenologia della percezione*, Bompiani, Milano [1945].
- Miller Tina (2005), *Making sense of motherhood: a narrative approach*, CUP, Cambridge.
- Montesperelli Paolo (1998), *L'intervista ermeneutica*, Franco Angeli, Milano.
- Morgan Lynn (2009), *Icons of Life: a cultural history of human embryos*, UCP, Berkeley.

- Oakley Ann (a cura di) (1985), *Culture del Parto*, Feltrinelli, Milano.
- Odent Michel (2006), *L'agricoltore e il ginecologo: l'industrializzazione della nascita*, Il Leone Verde, Torino.
- Okely Judith, Callaway Helen (1992), *Anthropology and autobiography*, Routledge, London.
- Ortner Sherry (1974), "Is female to male as nature is to culture?", in Rosaldo M. and Lamphere L. (eds), *Woman, culture, and society*. Stanford University Press, Stanford, CA, pp.68-87.
- Ortner Sherry, Whitehead Harriet (1981), *Sexual Meanings: the cultural construction of gender and sexuality*, CUP, Cambridge.
- Pandolfi Mariella (1996), *Perché il corpo? Utopia, sofferenza, desiderio*, Meltemi, Roma.
- Pancino Claudia, D'Yvoire Jean (2006), *Formato nel segreto: nascituri e feti fra immagini e immaginario dal XVI al XXI secolo*, Carocci, Roma.
- Parkin David, Stone Lynda, (2004), *Kinship and Family: an anthropological reader*, Blackwell, Oxford.
- Pasini Nicola, Pullini Armando (2002), *Nascere da stranieri. I punti nascita in Lombardia*, Fondazione ISMU, Milano.
- Passerini Luisa (2003), *Memoria e utopia. Il primato dell'intersoggettività*, Bollati Boringhieri, Torino.
- Percovich Luciana (2005), *La coscienza nel corpo: donne, salute e medicina dagli anni Settanta*, Feltrinelli, Milano.
- Piccone Stella Simonetta, Saraceno Chiara (1996), *Genere. La costruzione sociale del maschile e del femminile*, Il Mulino, Bologna.
- Pizzini Franca (1999), *Corpo medico, corpo femminile*, Franco Angeli, Milano.
- Quaranta Ivo (a cura di) (2005), *Antropologia medica. I testi fondamentali*, Raffaello Cortina, Milano.
- Ranisio Gianfranca (1996), *Venire al mondo. Credenze, pratiche e rituali del parto*, Meltemi, Roma.
- Ranisio Gianfranca (1996), *Quando le donne hanno la luna. Credenze e tabù*, Dalai, Milano.
- Remotti Francesco (1990), "Noi come i selvaggi", in AA.VV., *Antropologia delle società complesse*, Armando Editore, Roma.
- Remotti Francesco (1996), *Contro l'identità*, Laterza, Bari.
- Rapp Rayna (1999), *Testing women, testing the fetus. The social impact of amniocentesis in America*, London, Routledge.
- Rapp Rayna (2001), "Gender, Body, Biomedicine: how some feminist concerns dragged reproduction to the center of social theory", in *Medical Anthropology Quarterly*, 15 (4), pp.466-477

- Rich Adrienne (1976), *Of Woman Born: motherhood as experience and institution*, Virago Press, London.
- Ronzon Francesco (2008), *Sul campo. Breve guida pratica alla ricerca etnografica*, Meltemi, Roma.
- Rubin Gayle (1975), “The Traffic in Women: notes on the ‘political economy’ of sex”, *New York Monthly Review Press*, pp. 157-185.
- Sayad Abdelmalek (2002), *La doppia assenza, dalle illusioni dell'emigrato alle sofferenze dell'immigrato*, Raffaello Cortina, Milano [1999].
- Schmid Verena (1999), “Il passaggio di sapere e potere dall'ostetrica alla donna e alla coppia”, in *D&D Il Giornale delle Ostetriche*, Edizioni Il Marsupio, Firenze.
- Schuler Dana (2006), “Uses and misuses of the Gender-Development-Index and the Gender-Empowerment-Measure”, in *Journal of Human Development and Capabilities*, 7(2), pp.161-181
- Sbisà Marina (1992), *Come sapere il parto: storia, scenari, linguaggi*, Rosenberg&Sellier, Torino.
- Sossi Federica (2005), *Storie migranti: viaggio tra i nuovi confini*, Deriveapprodi, Roma.
- Scarry Elaine (1985), *The Body in Pain: the making and unmaking of the world*, OUP, New York.
- Spina Elena (2009), *Ostetriche e midwives. Spazi di autonomia e identità corporativa*, Franco Angeli, Milano.
- Staton Savage Jane (2001), “Birth Stories: a way of knowing in childbirth education”, in *Journal of Perinatal Education*, 10 (2), pp.3-7.
- Szurek Janet (1997), “Resistance to technology childbirth in Tuscany”, in Davis-Floyd R., Sargent C. (eds.), *Childbirth and Authoritative Knowledge, cross-cultural perspectives*, UCP, Berkeley.
- Tognetti Bordogna Mara (a cura di) (2005), *I colori del welfare; i servizi alla persona di fronte all'utenza che cambia*, Franco Angeli, Milano.
- Tomietto Marco (2002), *Il ciclo vitale nella prospettiva del nursing transculturale: gravidanza, parto e puerperio*, Ed. Istituto Cecchini Pace, Milano.
- Torgus Judy, Gotsch Gwen (eds.) (2004), *The womanly art of breastfeeding*, LLLI Editions.
- Tremayne Soraya (2001), *Managing Reproductive Life: cross-cultural themes in fertility and sexuality*, Berghahn Books, London.
- Tubert Silvia (eds.) (1996), *Figuras de la madre*, Catedra, Madrid.
- Turner Terence (2007), “The social skin” in Lock M., Farquhar J. (eds.) *Beyond the body proper: reading the anthropology of material life*, Duke University Press, Durham NC.
- Turner Victor (1972), *Il processo rituale. Struttura e anti-struttura*, Morcelliana, Brescia [1969, *The Ritual Process: Structure and Anti-Structure*, Aldine Transaction].
- Van Gennep Arnold (1981), *I riti di passaggio*, Bollati Boringhieri, Torino [1909].

Vegetti Finzi Silvia (1990), *Il bambino della notte*, Mondadori, Milano.

Wenger Etienne (2002), “Communities of Practice”, in Smelser N., Baltes P. (eds.) *International Encyclopedia of the Social and Behavioral Sciences*, Vol.1, Art.5, Elsevier, Amsterdam.

Young Robert (2003), *Postcolonialism: a Very Short Introduction*, Oxford University Press, New York

Zimmerman Marc (2000), “Empowerment theory: psychological, organizational and community level of analysis” in Rappaport J., Seidman E. (eds.) *Handbook of community psychology*, New York, Kluwer Academic/Plenum Publishers, pp. 43–63

Sitografia*

Organizzazioni che si occupano di salute riproduttiva

www.who.int/topics/maternal_health/midwifery sezione dedicata alla salute materno-infantile dell'*Organizzazione Mondiale della Sanità (WHO)*

www.ippf.org *International Planned Parenthood Federation*

www.arhp.org *Association of Reproductive Health Professionals*

www.globalvoices.org *Global voices for Maternal Health*

www.saperidoc.it *Centro di Documentazione sulla Salute Perinatale e Riproduttiva*

www.sigo.it *Società Italiana di Ginecologia ed Ostetricia*

www.ondaosservatorio.it *Osservatorio Nazionale sulla Salute della Donna*

www.aied.it *Associazione Italiana di Educazione Demografica*

www.aiorce.it *Associazione Italiana Ostetriche per i Rapporti Culturali con l'Estero*

Associazioni di ricerca sul rapporto tra salute e migrazione

www.iom.int *International Organization for Migration (UN)*

www.cestim.it *Centro Studi Immigrazione*

www.simmweb.it *Società Italiana di Medicina delle Migrazioni*

www.iismas.it *Istituto Internazionale Scienze Mediche Antropologiche e Sociali*

www.icmh.ch *International Centre for Migration and Health*

Pagine personali di studiosi dell'antropologia della riproduzione

www.lifescapes.org di *Brigitte Jordan*

www.davis-floyd.com di *Robbie Davis-Floyd*

www.kathydettwyler.org di *Katherine Ann Dettwyler*

www.sheilakitzyinger.com di *Sheila Kitzyinger*

www.wombecology.com di *Michel Odent*

Associazioni che si occupano di educazione e cura perinatale

www.mipaonline.com *Movimento Italiano Parto Attivo*

www.anep.org *Associazione Nazionale di Educazione Prenatale*

www.anep.it *Associazione Nazionale di Psicologia ed Educazione Prenatale*

www.nascereacasa.it *Associazione Nazionale Culturale Ostetriche Parto a Domicilio*

www.marsupioscuola.it *Scuola Elementale di Arte Ostetrica*

www.birthworks.com ong internazionale per la formazione degli educatori prenatali

www.midwiferytoday.com *Corporazione Ostetrica Americana*

www.lalecheleague.org associazione internazionale volontaria per la promozione dell'allattamento materno *La Leche League*

www.lilitalia.org sito italiano della *Lega del Latte*

Siti informali e forum di discussione sulle esperienze riproduttive in Italia

www.vitadidonna.it onlus di informazione e tutela della salute femminile

www.gravidanzaonline.it portale di discussione sull'esperienza gestazionale

www.cercounbimbo.net portale sull'infertilità e la procreazione assistita

www.epiduraleblogspot.com community di promozione del parto in analgesia

www.ilmiobaby.com periodico on line scientifico-divulgativo sulla procreazione

www.ciaolapo.it onlus per il sostegno psicologico al lutto perinatale

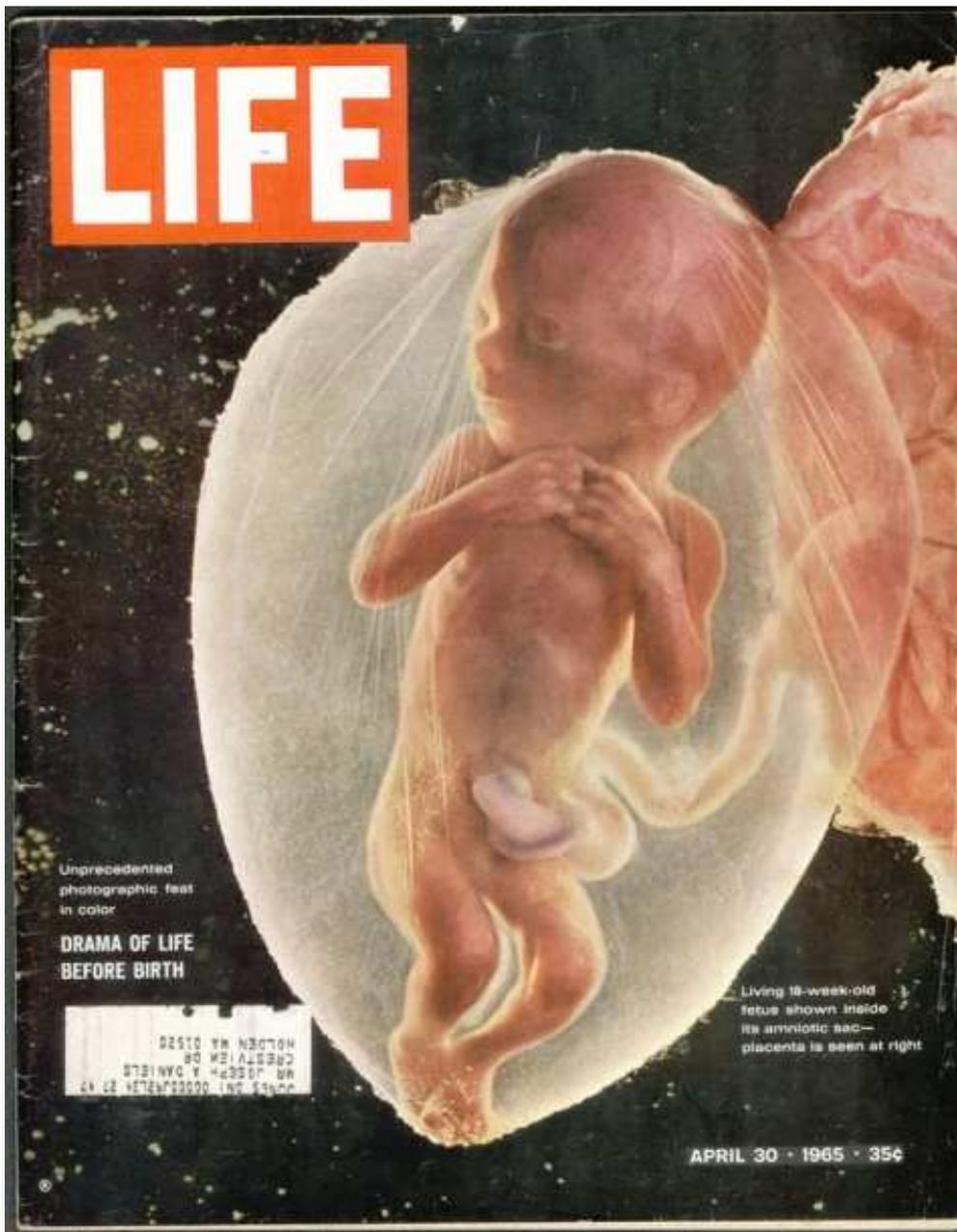
www.alfemminile.com versione italiana del *portale di genere* più visitato in Europa

www.quimamme.leiweb.it "il primo portale delle mamme in Italia"

www.mammole.it "la guida naturale delle mamme"

* mese di ultima consultazione gennaio 2011.

APPENDICE



Drama of Life Before Birth: copertina della rivista *Life* (aprile 1965), con la celebre fotografia endouterina di Lennart Nilsson

Elenco delle interviste sottoposte a madri e operatori

Intervista Nome e №	Soggetto intervistato	Luogo	Data
<i>Asha</i> 1	pluripara, 29 anni, casalinga, coniugata, indiana	A domicilio	12/12/2007
<i>Antonella</i> 2	primipara, 41 anni, architetto, coniugata, milanese	Corso preparato Ospedale Bolognini	16/12/2007
<i>Satou</i> 3	primipara, 23 anni, cameriera, coniugata, senegalese	Nido Iqbal presso Donne Internazionali	20/12/2007
<i>Luz</i> 4	pluripara, 33 anni, badante, separata, boliviana	Nido Iqbal presso Donne Internazionali	09/01/2008
<i>Barbara</i> 5	primipara, 34 anni, segretaria, coniugata, bergamasca	Corso preparato Ospedale Bolognini	20/01/2008
<i>Angela</i> 6	primipara, 30 anni, insegnante, coniugata, siciliana	Consultorio ASL Bergamo	24/01/2008
<i>Elisabeta</i> 7	primipara, 24 anni, cassiera, coniugata, rumena	Consultorio ASL Bergamo	11/02/2008
<i>Cristina</i> 8	primipara, 36 anni, avvocato, convivente, ligure	Corso preparato Ospedale Bolognini	15/02/2008
<i>Simona</i> 9	primipara, 30 anni, operaia, coniugata, bergamasca	A domicilio	17/02/2008
<i>Sara</i> 10	pluripara, 29 anni, insegnante, convivente, milanese	A domicilio	17/02/2008
<i>Ghita</i> 11	primipara, 27 anni, commessa, coniugata, marocchina	Nido Iqbal presso Donne Internazionali	25/02/2008
<i>Claudia</i> 12	pluripara, 37 anni, casalinga, coniugata, bergamasca	Consultorio ASL Bergamo	29/02/2008
<i>Marifel</i> 13	pluripara, 32 anni, collaboratrice domestica, coniugata, filippina	Consultorio ASL Bergamo	04/03/2008
<i>Rossella</i> 14	primipara, 28 anni, ragioniera, coniugata, bresciana	Corso preparato Ospedale Bolognini	08/03/2008
<i>Rosa</i> 15	ostetrica, 46 anni, coniugata, bergamasca	Consultorio ASL Bergamo	02/12/2007
<i>Rita</i> 16	ginecologa, 42 anni, divorziata, veronese	Reparto maternità Ospedali Riuniti	04/12/2007
<i>Elena</i> 17	psicologa, 35 anni, coniugata, bresciana	Consultorio AIED Bergamo	18/01/2008
<i>Carlo</i> 18	ostetrico, 27 anni, celibe, bergamasco	Reparto maternità Ospedale Bolognini	25/01/2008
<i>Anna</i> 19	ostetrica 43 anni, coniugata, bergamasca	Reparto maternità Ospedale Bolognini	07/02/2008
<i>Ferruccio</i> 20	ginecologo, 51 anni, coniugato, bergamasco	Reparto maternità Ospedale Bolognini	24/02/2008
<i>Fatima</i> 21	mediatrice culturale, 36 anni, coniugata, tunisina	Nido Iqbal presso Donne Internazionali	01/03/2008

Abstract

Considering human reproduction as a bio-social phenomenon, in which the universal physiology of birth gives way to particular cultural modes, we examined some social procedures that drive pregnant women into motherhood. Far from being a petty moment of lingering, expectancy features specific relationships, ideas and activities that allow every woman to become a mother, according to precise standards collectively ascertained. The social construction of motherhood is a process taking place both in private and public sites and may be especially detected in birth care settings: family planning centers, maternity hospitals, independent associations and self-help groups.

The empirical research was carried out during 2008 in the district of Bergamo: a north-eastern Italian area marked with rising immigration, a deep-seated Catholic legacy and a recent ethno-nationalist political surge. Comparing the data constructed through i. participant observation in three different prenatal courses, ii. twenty semi-structured interviews with mothers and health staff and iii. textual analysis of childbirth education records, I portrayed a dynamic picture of the local reproductive culture. Assets and setbacks of my ethnographic research are mainly due to my being a second-time pregnant woman while conducting the survey.

Analyzing women's ritual transition into motherhood, not only ideas on mothering turned out to be plural and dissonant, although always entailing a perception of parental duty, but the personal experiences of pregnant women have shown great variance.

Growing attendance of immigrant women in birth centers gave us the chance to face other ways of managing childbirth, to access different midwifery skills, sometimes allowing both native women and health professionals to acknowledge the partiality of their own perspectives. Through the interactions observed and the narratives collected, we tried to explain how migrants place their social difference within health-care systems, between episodes of marginalization and attempts to foster community solidarity.

Not only migrants' reproductive practices are cultural hybrids, where ethno-obstetrics compete with western clinical care, but the overall birth knowledge in our chosen area proved fluid and diverse. Even though couples resort to medicine as an authoritative tool to prevent clinical risk, the meaning of biotechnology usage is not clear-cut, but closely dependent on social actors and situations. Literally pregnant with meaning, women seem to embody culture. In particular, the mother-fetus linkage, largely shaped with ultrasound imagery, indicates how personal identities proceed through social structuring. Since each pregnancy is at once lived and represented in intersubjective spaces, uneven reproductive experiences hinge on the social and symbolic capital held by women. Yet, lay and even formal birth courses may accommodate intercultural dialogue and empower mothers in dealing with set maternal scripts.

In the wake of the anthropology of reproduction and according to some feminist debates, pregnant women bodies are seen not only as an object of social control, but also as a source of knowledge and action. The experience of motherhood finally reveals itself not so much a receptive institution of care and education, but instead an active social performance demandingly negotiated.

Keywords: motherhood, embodiment, childbirth education, ethno-obstetrics, medicalization.