

Irene Maffi e Sara Veltro

Storia di un'ostetrica: alla ricerca dell'autenticità della nascita¹

IM: Cosa significa essere un'ostetrica indipendente? Come definiresti la tua pratica?

SV: Essere un'ostetrica indipendente è un modo di essere e una pratica. L'assistenza alla nascita non è solo una questione di tecnica e di medicina, ma affonda profondamente le sue radici nei vissuti emotivi dell'ostetrica: io vi attingo di continuo, senza per questo trascurare il sapere razionale. Questo approccio e la capacità che ne deriva si costruiscono gradualmente, perché non sono già a disposizione quando si comincia a praticare la professione. Sebbene le radici della conoscenza e della pratica siano presenti, bisogna costruirle passo dopo passo, esperienza dopo esperienza. La pratica ostetrica, come tutte le arti, richiede predisposizione e attitudine. Il mio modello assistenziale è quello che nasce sulla sponda della vita, quello fisiologico-salutogenico², che, penso, obbedisca a un richiamo arcaico della professione. Questo modello mi ha spinto a orientarmi nella pratica, tenendo sempre in considerazione le risorse e i segni di salute della donna e del bambino, mettendo al centro la relazione terapeutica. Tutto nasce da lì: le conoscenze, le scelte, il piano di assistenza, il confronto. La mia pratica tiene conto della specificità di ogni individuo e per questo varia per ogni donna con cui stabilisco un'alleanza terapeutica. Lo strumento relazionale principale è l'empatia, supportata però da una base razionale: la conoscenza delle leggi della fisiologia e della saluto-genesi. Sono molto attenta alla ricerca ostetrica, a cui attingo mantenendo però uno sguardo selettivo e critico. Offro alla donna una relazione simmetrica, senza porre questioni di potere, una relazione alla pari,

1 Questo articolo, scritto a quattro mani dalle autrici, è il frutto di diverse conversazioni e è stato rivisto e corretto da Sara Veltro. Tutte le note sono di Sara Veltro, se non specificato diversamente.

2 Il modello salutogenico di Antonowskyi valuta il rapporto tra stress e risorse, il rapporto tra gli eventi della vita e la capacità reattiva del singolo. La genesi della salute emerge dalla dicotomia sano-malato (fisiologia e patologia), dato che eterostasi, invecchiamento e entropia progressiva sono le caratteristiche di tutti gli organismi viventi per entrare in un concetto multidimensionale di un continuum sano-malato-sano. Tale modello non si limita all'eziologia di una malattia o patologia, ma prende sempre in considerazione la storia intera di una persona. Si domanda quali fattori contribuiscano alla permanenza nel continuum sano-malato oppure al movimento verso la polarità della salute (Schmid 2005: 223).

da partner, dove la responsabilità condivisa permette a volte l'accompagnamento anche oltre i limiti protocollari, qualora siano presenti segni di salute. Se questo mi mette talvolta in una situazione di tensione e persino di conflitto con il personale delle istituzioni sanitarie con il quale non è sempre facile collaborare, mi sforzo però di mantenere con esso un buon rapporto, indispensabile in caso di necessità.

Lo strumento principale per realizzare tutto ciò è il piano di assistenza che è sempre concordato con la donna. La possibilità di concordare un piano comune deriva dal rapporto che l'ostetrica stabilisce con la donna: è un rapporto diverso dalla relazione terapeutica tradizionale tra operatore e paziente perché sfugge agli schemi abituali. L'ostetrica indipendente incontra la donna a casa di quest'ultima o in contesti diversi dallo studio medico all'interno del quale i ruoli sono ben definiti. Infatti l'ostetrica che frequenta la casa della donna diventa un'ospite, rinunciando all'autorità di cui l'operatore è investito nel rapporto formale che lo studio medico impone. L'ostetrica che lavora a domicilio stabilisce un rapporto simmetrico con la donna. Non le dice cosa fare, come farlo, quando, ecc. In tal modo si ribalta il rapporto abituale: l'ostetrica non produce l'evento della nascita, ma è ospite dell'evento stesso. Il ruolo dell'ostetrica cambia, perché spogliato della forma tradizionale di autorità nel rapporto con la donna. Non essendo nel suo studio, ma a casa della donna, l'ostetrica è ricettiva, si predispone all'ascolto delle singole persone che vi abitano e alla comprensione delle dinamiche della famiglia che la ospita. Dopo ogni visita a casa, l'ostetrica elabora le informazioni ricevute: quelle impresse nella mente sono sicuramente le più importanti. Per far questo, deve utilizzare tutte le sue doti ricettive. In studio o in ospedale gli operatori sono i *padroni*, mentre, quando è nel proprio ambiente la donna è la *padrona* e l'ostetrica si adatta, assumendo un atteggiamento attivo e ricettivo allo stesso tempo.

IM: Quali forme di sapere mobiliti nella pratica a domicilio?

SV: Nella pratica a domicilio non contano solo le doti ricettive e intuitive dell'ostetrica, conta anche il sapere razionale. Quest'ultimo è uno strumento, uno tra gli altri, che richiede una certa esperienza dell'ostetrica per permetterle di selezionare gli elementi significativi.

Se l'organizzazione dell'ospedale uniforma le differenze sociali, appiattisce e riduce tutto ai protocolli, costringe tutto nella routine, in casa l'ostetrica si adatta a contesti sempre diversi. Le modalità del parto sono varie, come lo sono gli individui. L'ostetrica diventa duttile, adattabile, flessibile e assolutamente libera da pregiudizi. Le differenze vengono evidenziate e le esperienze singolarizzate.

L'obiettivo dell'ostetrica è predisporre alla fisiologia, rispondere alle aspettative specifiche di ogni donna. Ciò è possibile grazie al fatto che

costruisce con la donna una relazione simmetrica, un patto terapeutico, che in determinate circostanze rende possibile *sforare* i protocolli, qualora ci sia consapevolezza, scelta comune e responsabilità condivisa. Infatti, tutti gli atti assistenziali nascono dalla relazione tra ostetrica, donna e famiglia. Lo sguardo dell'ostetrica che valuta, propone, decide, interviene, tiene conto di fattori complessi e è guidato dalla relazione personale, in cui nessuna forma di standardizzazione è pensabile. La nascita a casa si svolge su piani molto diversi da quelli del modello medico, le cui regole sono dettate dalla nozione di rischio e da una sorta di etica della paura. Il parto a casa si basa sulla vita, sulla fiducia e sulle risorse personali, elementi che richiedono competenze diverse. Il modo di lavorare di ogni ostetrica deriva dalla fusione di tre elementi: la propria personalità, l'esperienza, il sapere. L'ostetrica ottiene il massimo da una assistenza quando è capace di adattarsi attivamente. Il suo adattamento è finalizzato esclusivamente a affinare una maggiore comprensione dell'evento, della donna, della sua singolarità, del suo mondo. Tutte queste qualità permettono all'ostetrica di offrire alla donna la libertà vera di cui ha bisogno per esprimersi, per trovare la via verso un parto e una nascita improntati alla salute. La storia della donna, il suo vissuto psichico, il suo ambiente sono elementi centrali ai quali l'ostetrica si adatta, su cui si sintonizza. L'ostetrica è in grado di intercettare l'eventuale rischio solo se parte dalla specificità della persona assistita e non in base a protocolli generali che non rispecchiano la singolarità di ogni donna. In tal modo il parto a casa coniuga il massimo della libertà (della donna e dell'ostetrica) con il massimo della sicurezza. Il destino della donna si incrocia con quello dell'ostetrica: i loro vissuti si incontrano dando luogo a un rapporto di fiducia e di comprensione, caratterizzato dall'empatia. La donna e l'ostetrica, ciascuna con i propri percorsi di vita, si sintonizzano l'una rispetto all'altra. La nascita parla della storia della donna: la nascita di una madre, di un padre e di un bambino.

L'ostetrica incontra l'intimo della donna, grazie al suo vissuto personale e all'esperienza dei rapporti che ha avuto con le altre donne. Insieme creano un universo comune cui l'ostetrica attingerà per avvicinarsi in seguito a altre donne. Ogni assistenza comporta la costruzione di un nuovo mondo autentico tra l'ostetrica e la donna. E' un'impresa nella quale l'ostetrica riesce tanto più facilmente quanto più sarà stata in grado di mettersi in relazione con le storie delle donne assistite in precedenza. Questo senza negare il fatto che ogni relazione è singolare, specifica, diversa e *caleidoscopica*.

La sintonizzazione con la donna permette all'ostetrica di sentire, percepire, a volte anche prevedere modalità e dinamiche assistenziali in modo intuitivo, senza passare dalla razionalità, poiché gli eventi vengono razionalizzati quando le risposte sono spesso già date. L'ostetrica con sensibilità e attenta osservazione intuisce, percepisce le aspettative della donna. Allo stesso tempo, se non ci sono state interferenze, i canali emotivi della donna sono così aperti e ricettivi che essa si prepara al suo parto attraverso un processo che avviene nella sua interiorità, per esempio attraverso un'intensa attività onirica,

favorita dai processi ormonali. Chi opera all'interno di questo spazio diventa umile di fronte all'immensità che percepisce: la nascita della vita. Il più delle volte prova un sentimento di riconoscenza per il privilegio di aver potuto partecipare all'evento.

IM: Puoi spiegarmi meglio come si costruisce il rapporto con la donna?

SV: Per costruire il rapporto di intimità con la donna, due periodi sono fondamentali: i mesi di gravidanza della donna e le settimane di reperibilità dell'ostetrica, cioè il periodo dell'attesa della nascita che coincide con le ultime settimane di gravidanza. In questo periodo, che percepisco come *ovattato*, fiorisce e sboccia la sintonia tra l'ostetrica e la donna. L'ostetrica fa lavorare l'immaginazione, alimentata dagli incontri frequenti svolti nell'intimità della casa, per rappresentarsi quella donna, quella coppia nel momento del parto. Essa passa attraverso una sorta di *allenamento* emotivo e razionale allo stesso tempo, che assorbe tutta la sua attenzione, la coinvolge e la prepara a accogliere una nuova vita. E' un'attività semi-cosciente. E' un periodo che *apre i recettori* dell'ostetrica, affina la sua sensibilità e aguzza la sua concentrazione sulla donna che dovrà assistere. In altre parole, l'attesa del parto è un momento chiave che la prepara a recepire tutte le sfumature di quella particolare nascita. E' un processo di armonizzazione e sintonizzazione con la donna, con la coppia, con il bambino, che la porta a una comprensione quasi completa dell'evento. Il pensiero dominante dell'ostetrica è: cosa posso fare per creare le migliori condizioni per un buon parto e una buona nascita? E' attorno a questo che si concentra la sua immaginazione, intesa non come fantasia al di fuori della realtà, ma come un esercizio che le permette di fabbricarsi un'immagine chiara, di prevedere quella nascita sulla base di elementi concreti insiti nel rapporto di conoscenza con la donna, con la coppia, con il bambino. La reperibilità è un canale di maggiore sintonizzazione e un momento rivelatore per l'ostetrica e per la donna, una fase che consolida la comprensione reciproca. E' allora che l'armonia della nascita esprime la sua particolare musica. Le antiche corde ricominciano a vibrare, accendono l'intuizione dell'ostetrica e la percezione di quello che accade è immediata. La consapevolezza è massima, niente sfugge alla percezione. L'apertura sensoriale, istintiva e cognitiva, dell'ostetrica è necessaria per far sì che il parto a casa abbia caratteristiche di fiducia e sicurezza.

Di solito nelle strutture ospedaliere quando la donna arriva in sala travaglio è una sconosciuta. Questo è ciò che fa scattare il rischio, perché ogni cosa diventa più superficiale, più anonima. Nel rapporto con l'ostetrica indipendente, nell'assistenza individualizzata e continuativa, la donna rimane se stessa, si sente accolta, valorizzata, rispettata: è unica. Se si vuole tutelare la salute della madre e del bambino, non si può imprigionare un evento come la nascita in uno schema incapace di contenere la sua ampiezza e singolarità. Il

più delle volte i partogrammi e i protocolli imprigionano l'evento della nascita, negando la specificità di ogni parto, di ogni gravidanza e di ogni bambino. Misurare in ore (tempo del travaglio), in centimetri (di dilatazione) non ha senso né per l'ostetrica né per la donna, se tra loro si è instaurato un tipo di rapporto come quello che ho descritto sopra. Inoltre, nell'assistenza ospedaliera prevale spesso l'ansia di rispondere a un modello prestabilito fatto da regole rigide, mettendo la donna in una condizione di disagio, poiché, se si oltrepassano certi parametri, si viene classificati come "anormali", "patologici". Tale modello non tiene conto del fatto che le dinamiche e i meccanismi del parto e del travaglio, possono essere molto diversi e imprevedibili. Sono il frutto di un lavoro, fisico e psico-emotivo complesso. Il rispetto e l'accoglienza dell'ostetrica mette la donna in condizioni di libertà, per elaborare meglio i suoi vissuti, anche in caso di vecchie ferite che le impediscono di andare oltre, in modo da superare eventuali ostacoli, fidandosi di se stessa, *lasciandosi attraversare* dalla nascita.

IM: Però la maggior parte delle donne preferisce partorire in ospedale perché si sente più sicura... Come spieghi la disgiunzione tra il modello che applichi nella tua pratica e la cultura della nascita oggi prevalente?

SV: Le donne hanno assimilato il modello culturale della biomedicina, hanno perso la propria consapevolezza e la cultura specifica di sé e del proprio corpo. C'è stato un progressivo indebolimento del sapere empirico delle donne, una frattura con il passato. A questa cultura spazzata via e a questo vuoto si è sostituita la cultura medica. Le ragioni di questo cambiamento sono complesse e riguardano tanto mutamenti storici e sociali quanto la scelta del modello assistenziale.

La classe medica ha spinto verso la medicalizzazione della nascita. Vi è un discorso di potere e non tanto di attenzione alla vita e questo ha ostacolato l'emergere di un'assistenza rispettosa e umana nei confronti della donna, del suo partner e del bambino. Infine la scienza ha perso di vista l'originale obiettivo del conoscere disinteressato a causa del suo legame con lo sviluppo tecnologico, ormai condizionato da precise ragioni economiche. Esiste una dicotomia tra corpo medico, sempre più orientato verso un sapere maschile, attento alle novità tecnologiche e farmacologiche nel campo della nascita, e corpo femminile. Mi sono resa conto di questo quando nel 1972 ho iniziato a lavorare in Mangiagalli come assistente delle ostetriche, quando non avevo ancora finito il liceo. All'epoca era molto difficile affrontare i problemi delle donne, causati spesso dall'assistenza o meglio, dagli interventi a cui erano sottoposte. Prevalva il modello industrializzato³ del parto. Allora come oggi

3 Gli studi citati da Michel Odent offrono conferme scientifiche del fatto che è possibile, andando a

l'assistenza alla nascita riflette la situazione sociale, economica e culturale del momento storico⁴. Negli anni '70 e '80, l'ospedale non mostrava particolare attenzione alla vita, spesso il corpo femminile, se ricoverato, veniva segregato, usato, a volte violato da modalità assistenziali che stiamo pagando tuttora.

Il ricordo di una giovane donna emerge in me. Ero tirocinante in sala parto e una donna prossima al parto saltò dal lettino spingendosi in un angolo della sala accovacciandosi: non riusciva a spingere, a partorire nella posizione sdraiata. Furono chiamati i medici, arrivarono in molti e la presero, l'anestetizzarono e la fecero partorire con la manovra di Kristeller⁵. Io ero presente, ricordo ogni particolare. La convinzione di tutti i presenti di aver agito per il suo bene, a distanza di anni per me ha ancora dell'incredibile.

Le donne di oggi non sono consapevoli che la richiesta di analgesia nel parto è anche la risposta al modello assistenziale che le loro madri hanno subito per anni. Il più delle volte i problemi venivano creati da una assistenza irrispettosa dei tempi della donna, dall'uso inappropriato di farmaci, che finivano per creare una spirale di effetti iatrogeni indotti. Una volta creato il problema, si doveva intervenire per risolverlo, con costi emotivi e fisici molto alti per le donne, che tutti, operatori compresi, stiamo pagando ancora oggi. Da sempre si dice: la gravidanza non è una malattia! Bene. Tutti siamo d'accordo. Come mai allora la nascita non è stata ancora "dimessa" dall'ospedale? Anzi, è sempre più *malata*, bisognosa di cure e di macchinari sempre più complessi, di farmaci, ecc.

Nel 2010 le cose non sono cambiate. C'è qualcosa di stantio nelle pratiche assistenziali contemporanee. La realtà fatica a cambiare, ritorna su stessa, ripropone giorno dopo giorno la scarsità delle risorse e la distanza tra ciò che si vorrebbe e ciò che si può fare. C'è un disincanto rispetto ai ritardi istituzionali, alle esperienze della precarietà di qualsiasi conquista di salute, che non si accompagna a una crescita, a una consapevolezza sostanziale della società.

perturbare in modo routinario e sistematico i bisogni fisiologici della donna e del neonato, interferire in modo grave sulla relazione madre bambino e quindi sulla capacità di amare dell'essere umano, che si manifesterà solo dopo anni e in varie modalità (verso se stessi, verso gli altri, verso la natura) (Odent 2004).

4 “Con l'industrializzazione inizia l'era tecnologica : la donna conquista il mondo sociale e quello del lavoro, gradualmente e di pari passo diminuisce il numero dei figli. La maternità è organizzata secondo i ritmi di produzione industriale: conveniente, asettica, funzionale economica” (Schmid 2005, p. 67).

5 La manovra di Kristeller, dal nome del ginecologo tedesco Samuel Kristeller (1820–1900) che per primo la descrisse nel 1867, è una manovra ostetrica, eseguita durante il parto in contemporanea con la contrazione. Consiste nell'applicazione di una spinta a livello del fondo dell'utero con lo scopo di facilitare l'espulsione della testa fetale in fase espulsiva avanzata. Anche se è tutt'oggi molto utilizzata, spesso anche nei casi di non urgenza, tale manovra non è esente da rischi tanto che in molti stati europei è vietata dalla legge.

Le donne ancora una volta sono vittime di un nuovo tipo di prigione: la prigione della non-coscienza, della passività totale. Sotto la maschera dell'analgesia, propagandata come procedura che rende il parto indolore e quindi sereno e felice, così come proposto dal modello assistenziale biomedico e tecnocratico, si nasconde la volontà di saturare ogni domanda di relazione, di accompagnamento e ogni messa in discussione delle pratiche assistenziali⁶.

IM : Cosa pensi della pratica delle ostetriche ospedaliere?

SV: Ho lavorato diversi anni nelle strutture ospedaliere e mi sembra quasi impensabile riuscire a preservare la fisiologia della nascita in quei luoghi. Richiederebbe modalità assistenziali diverse dal modello organizzativo attuale dove l'attenzione per la vita, intesa nel senso del rispetto della specificità e della singolarità dell'evento, non è una priorità. L'ostetrica ospedaliera si trova divisa tra due modelli: da una parte, il modello ospedaliero al quale deve adeguarsi, come un bullone che fa parte di un ingranaggio, sottostando alle regole e alla routine, per non diventare un elemento *disturbante*; dall'altra, il modello dettato dalla sua sensibilità, secondo cui la nascita è un evento unico e singolare che esce dagli schemi. Credo che alla fine l'ostetrica ospedaliera venga schiacciata dalla tensione tra questi due poli. Le restano due possibilità: seguire la sua vera indole, sottraendosi all'ingranaggio, o restare nella struttura, rinunciando il più delle volte a seguire quello che la sua sensibilità le detterebbe di fare. Sono convinta che sia coloro che sono consapevoli sia coloro che non lo sono soffrano di questa situazione. Infatti, anche nella struttura più attenta, si può raggiungere solo un certo livello di assistenza personalizzata. Il più delle volte l'assistenza fornita è impersonale, obbedisce alla routine e purtroppo è spesso iatrogena. Essa provoca cioè la necessità di interventi a cascata ognuno dei quali serve a rimediare all'effetto dell'intervento precedente. Le colleghe ospedaliere spesso sono impoverite dall'organizzazione, perché la routine appiattisce e tutto il processo diventa disumanizzante. La partoriente è una sconosciuta per le ostetriche ospedaliere che non sanno niente o quasi di lei, perché non hanno potuto costruire un rapporto di continuità nel corso della gravidanza .

La nascita a casa invece rende possibile uscire dai protocolli e dalle regole rigide dell'ospedale. Nell'organizzazione ospedaliera, terminato l'entusiasmo iniziale, la sensibilità di una giovane ostetrica subisce una progressiva anestetizzazione. Eseguendo turno dopo turno atti di routine perfettamente in linea con i protocolli assistenziali, della donna sa che forse partorirà durante il suo turno, finito il quale non la vedrà mai più. E' molto diverso stabilire un rapporto personalizzato coltivato per tutta la gravidanza.

6 Si veda a questo proposito: Bestetti, Regalia 2007.

L'ospedale inoltre favorisce l'esercizio del potere sulla donna da parte del personale, mandando in crisi il rapporto con la donna e la donna stessa. Al contrario, nel parto a casa, le donne non si sentono delle sopravvissute, ma hanno la netta percezione di essere potenti e generatrici di forza e di vita. Esprimono il massimo della loro potenza. Benché le donne posseggano un sapere innato del loro corpo, oggi si sentono perse o inadeguate. Anche i padri dei bambini hanno perso l'orientamento. Spesso l'ostetrica indipendente si ritrova tra le mani donne devastate da un'esperienza precedente di nascita di un figlio. A loro offre il suo aiuto nel processo, a volte lungo, di *riparazione* delle ferite emotive e fisiche derivanti da un'assistenza inadeguata.

Con ciò non voglio dare l'impressione che le ostetriche indipendenti siano buone e quelle ospedaliere cattive. In tutta coscienza, non potrei mai svolgere la mia attività di libera professionista, se non fossi certa che esistono strutture alle quali rivolgermi in caso di bisogno, contando su un pronto intervento. Purtroppo, siamo ancora molto lontani da una vera e propria collaborazione e la sfida per il futuro è che possa esserci un dialogo utile tra diverse esperienze.

IM: Quale ruolo attribuisce al padre al momento della nascita?

SV: Il ruolo del padre è quello della presenza, dell'ascolto e di colui che deve favorire l'apertura emotiva della sua compagna e di conseguenza la sua apertura fisica. Se ci sono problemi nella coppia, la donna tenderà a chiudersi in entrambi i sensi. I canali biologici della sessualità sono gli stessi del parto: gli uomini sanno come favorire l'abbandono, è una capacità che compete loro e che l'intimità della casa favorisce. L'affettività e l'amore verso la propria compagna e verso il figlio che sta per nascere possono essere canali di apertura emotiva e fisica per la donna nell'atto di mettere al mondo. E' la capacità dell'ostetrica di costruire un buon contenimento emotivo e professionale a creare le condizioni per favorire l'intimità della coppia, la tranquillità, il rispetto e l'accoglienza. Questo significa mettere le basi per una nascita sana e fisiologica.

IM: Il modello del parto a casa sembra inconciliabile con il fatto che le donne vogliono evitare il dolore del parto. Oggi possono farlo grazie all'epidurale che però è praticabile solo in ospedale...

SV: L'epidurale spegne i riflettori della sensibilità fisica e emotiva delle donne, ma anche delle ostetriche che le assistono. Oggi le sale parto sono luoghi silenziosi. Le giovani ostetriche, il più delle volte, non sanno stare accanto a una donna in travaglio, non riconoscono quasi più i segnali e le molteplici dinamiche di un travaglio fisiologico. Il benessere di madre e bambini è

delegato alla macchina e ai farmaci. L'ostetrica è un'esecutrice di procedure. La donna è ammutolita dai farmaci, il monitor segnala le contrazioni e il battito del bambino e in base a tutto questo si valuta e si monitorizza il loro *benessere*.

A casa è diverso: la presenza costante dell'ostetrica permette una comprensione percettiva dell'evento, *attraverso la coniugazione degli aspetti sia empirici sia cognitivi, con un'integrazione reciproca*. La macchina e i farmaci falsano gli eventi, i segnali del corpo. Separano e allontanano la donna da se stessa, dal bambino e dall'ostetrica. Con l'epidurale finisce la sofferenza fisica, ma spesso inizia la sofferenza psico-emotiva: non provare dolore, non significa non stare male⁷.

D'altronde, come immaginare che questa tecnica che permette di limitare il dolore possa avere in diversi casi un effetto non solo inaspettato, ma addirittura distruttivo, nello spazio invisibile e unico che è il pensiero della donna sul suo divenire madre: in alcuni casi la donna sente di aver abbandonato il figlio, di non essere stata abbastanza forte e ne esce indebolita, cosicché l'esperienza del parto influenzerà negativamente il rapporto tra di loro (Marinopoulos 2005).

Oggi sembra esserci una sorta di amnesia del sapere legato al partorire. L'annichilimento dei valori interiori e istintuali ha fatto perdere alle donne la fiducia in se stesse, nel loro corpo. Al danno si è posto un rimedio che si esprime con un: "drogatemi!" La soluzione non sta nell'attutire tutte le percezioni, e questo vale tanto per le donne quanto per gli operatori. Sebbene nella nostra società il dolore sia considerato in modo esclusivamente negativo e sia quindi trattato come qualcosa da eliminare a ogni costo, nella nascita andrebbe invece valorizzato, perché ha una valenza molto positiva, è messaggero di salute per gli effetti benefici sulla madre e sul bambino. Infatti, il dolore del parto non è privo di significato per la madre: le segnala la fine della gravidanza e la guida nel processo di trasformazione che la porta a divenire madre; crea coscienza e consapevolezza. Mette in moto un processo di apertura emotiva e fisica iniziato durante la gravidanza e completato dal travaglio attraverso la cascata ormonale, mettendola ancora più a contatto con il proprio bambino. Tale dolore obbedisce a meccanismi fondamentali di sopravvivenza. E' un dialogo che aiuta il figlio a nascere e la madre a metterlo al mondo. Il parto vissuto nel rispetto della fisiologia innesca meccanismi di rinnovamento che preservano la salute fisica e psichica della madre e di conseguenza del bambino. Spesso l'epidurale non si limita a eliminare il dolore e con esso le dinamiche fisiologiche del parto (comprese le potenzialità del neonato a nascere), ma si sostituisce alla consapevolezza: quella di essere sorprendentemente dotate di risorse prima impensabili. Questa consapevolezza serve alle donne per accudire, fiduciose, il proprio figlio. E'

7 L'ambivalenza della sofferenza del parto è confermata da numerose ostetriche che testimoniano di donne che al momento dell'espulsione del bambino si mettono a urlare o a lamentarsi, anche se sotto anestesia (Nota di Irene Maffi).

una risorsa di cui tutte le donne dispongono. Inoltre, vorrei anche sottolineare che i parti medicalizzati fanno sì che l'epidurale diventi necessaria per dominare il dolore amplificato o indotto dalle circostanze in cui il parto avviene. Le madri di oggi non sono consapevoli del fatto che l'epidurale di cui esse sentono fortemente il bisogno deriva dall'abbandono e dalla solitudine del parto medicalizzato, che le loro madri hanno già vissuto prima di loro.

IM: Hai descritto finora una realtà complessa e molto articolata. Se dovessi illustrare la tua pratica in poche parole, come la descriveresti?

SV: Ogni ostetrica ha la propria personalità e il proprio modo di esercitare la professione. Il mio mondo interiore e il mio sapere si fondono in un processo continuo, regolato e ampliato dall'esperienza di ogni nascita: è una costante autodisciplina che ha come scopo l'adattamento e la creazione di nuovi strumenti di comprensione che mi permettono di avvicinarmi all'universo di ogni donna e di ogni bambino che assisto, in un modo sempre nuovo e diverso. Credo che le parole di Andrea Robertson esprimano bene il mio pensiero:

Aspiro al giorno in cui potrò affermare che la mia formazione sarà completa, ma sono sicura che non verrà mai, perché qualunque frontiera raggiunga, il mio sguardo si spinge oltre, e la quantità di cose da apprendere sull'intrigante mondo delle donne e degli uomini che vivono la nascita di un figlio resta infinita (Robertson 1997, p. X).

IM: Quale ruolo attribuisce alla conoscenza scientifica nella tua pratica?

SV: Per prima cosa: più sai e meno intervieni. E' un paradosso della conoscenza. E' necessario conoscere il più possibile per sapere non intervenire, quando non è necessario. Forse attribuisco maggior valore al sapere empirico-cognitivo, cioè a un giusto equilibrio tra istinto e consapevolezza. Il sapere scientifico è importante e utile in alcune occasioni, ma non detta legge, poiché spesso non fa che esplicitare razionalmente un sapere preesistente. Il sapere razionale non dovrebbe essere prioritario e determinante nelle decisioni. Secondo me, l'ostetrica parte da una prospettiva diversa, più ampia, che comprende molti strumenti, tra cui anche quelli razionali e scientifici, che occorre conoscere, anche se poi non se ne fa uso. Il modello ospedaliero usa solo gli strumenti scientifico-tecnici e razionali, messi a punto dal sistema aziendale-sanitario. L'orizzonte assistenziale è limitante e

deviante. Obbliga a adattarsi a un sistema che è estraneo. Il sapere razionale⁸ non permette di cogliere la profondità dell'evento della nascita, poiché esso è caratterizzato da aspetti semplici e complessi allo stesso tempo, che ci accompagnano dagli albori dell'umanità e di cui è facile distruggere la dinamica *elementale*⁹. La nascita è infatti caratterizzata da un'armonia straordinaria che può esprimersi però solo se la si rispetta consapevolmente. In materia umana nulla è scontato, ogni nascita si esprime con manifestazioni originali e irripetibili (le fisiologie). Non sono tali manifestazioni a doversi adattare a schemi assistenziali pre-stabiliti, semmai è il contrario: prima dovrebbero essere comprese e rappresentate nella loro diversa e veritiera espressione e poi fare o magari inventare metodologie e strumenti più appropriati, per permettere che la cultura della nascita, non la scienza e la tecnica, possa essere raccontata, espressa (Veltro 2009). Le conoscenze mediche, tecniche e scientifiche, dovrebbero imparare la legge tanto semplice quanto disattesa dell'avanzare con la società, in modo che la gente possa essere protagonista della propria salute, se la considera e la vive come uno degli strumenti per acquisire libertà dalle paure e coscienza nella soluzione dei problemi. L'attenzione alla vita viene prima, e è questa che insegna la strada alle conoscenze scientifiche (Tognoni 1997).

IM: Il tuo rapporto è con la donna, con il bambino o con la coppia?

SV: Il parto a domicilio è espressione di libertà, scelta, intimità. Il suo territorio è quello della famiglia, dei genitori che aspettano il bambino, della loro vita nel quotidiano. Inizialmente il rapporto con la donna e con il bambino è privilegiato, in seguito prende forma una relazione che si completa con la presenza anche del padre, quindi con la coppia e il bambino. Il mio rapporto con il bambino è mediato da quello con la madre, grazie alla simbiosi che quest'ultima instaura con il proprio figlio in gravidanza e che continua anche dopo la nascita. La relazione prosegue e si estende anche ai familiari della coppia. A questo proposito, ricordo la nascita del quarto bambino di una famiglia. Tutto si svolse normalmente mentre i tre fratellini dormivano vegliati dalla nonna. Al risveglio trovarono la nuova sorellina. Tutti e tre vollero prenderla tra le braccia nel lettone della mamma. Non dimenticherò mai lo stupore dei loro visi, sorpresi e estasiati come in una mattina natalizia nel ricevere i doni

⁸ “Nascere madre e mettere al mondo un figlio, sono eventi che rappresentano temporalità diverse. Lavorando solo sulla nascita del bambino, sulle tecniche sempre più efficaci di prevenzione che ruotano intorno a lui, si rischia di privarlo della madre” (Marinopoulos 2005, p. 173).

⁹ Termine coniato da Ina May Gaskin (Gaskin 2003).

IM: Cosa pensi del rapporto tra ostetrica indipendente e donna: secondo te, c'è un rapporto di autorità oppure è un rapporto egualitario?

SV: Nonostante le ostetriche siano in grado di comprendere più facilmente le necessità delle altre donne, ciò non è sempre così semplice. La medicina è oggi in mano, tra le altre cose, alle nuove tecnologie. Ciò complica ancora di più la questione. Le donne sono sommerse di informazioni di tutti i generi, spesso in contraddizione tra loro. Tale sovrabbondanza fa perdere loro l'orientamento. Non sanno a quale fonte affidarsi, quali informazioni sono corrette e quali non lo sono. Questo fenomeno crea confusione anche tra gli operatori: la strada verso la salute appare confusa. Un altro problema è che non c'è trasparenza e onestà nella comunicazione: le informazioni fornite sono superficiali e spesso sono, in un certo senso, inquinate. Oggi il fenomeno si è molto aggravato: si commettono errori nella trasmissione delle informazioni anche in buona fede, perché gli stessi operatori non hanno le informazioni sufficienti. Le politiche sanitarie attuali mancano spesso di *orientamento all'onestà* e di attenzione alla vita. Le politiche sanitarie e il potere della classe medica finiscono per produrre delle mostruosità. Solo un percorso individuale può aiutare a uscire dalla situazione attuale dominata da tale sistema. Per esempio, la donna in gravidanza segue un percorso di indebolimento che la fa arrivare a un atteggiamento di delega e di passività che si può riassumere con l'espressione: "fatemi partorire". Nello stesso tempo, il mestiere dell'ostetrica deve essere appreso in luoghi dove le donne possono agire in modo fisiologicamente appropriato. Solo allora le ostetriche potranno essere in grado di riconoscere quando il parto devia dal normale processo e richiede assistenza medica.

Purtroppo, la cultura dominante condanna il parto a casa e esalta come corretto e sicuro quello in ospedale, ambiente tecnicamente ambivalente, in cui i problemi che sorgono sono taciuti o sottovalutati, mentre se succede qualcosa in un parto a casa si grida subito allo scandalo e si formulano accuse di irresponsabilità e mancanza di professionalità. In questo clima il rapporto con le donne in attesa di un figlio diventa difficile e spesso le energie si concentrano nel tentativo di liberare la donna da informazioni e procedure scorrette, barriere che hanno minato, indebolito, sommerso il suo intuito e la sua capacità all'alba della sua nascita come madre. Personalmente, cerco di lottare contro i bisogni indotti che la umiliano per creare un varco al suo sapere innato, per farlo emergere, affinché possa ascoltarne la voce. Mai come in questo periodo storico le donne hanno dubitato tanto di se stesse e della loro competenza nel mettere al mondo i propri figli. Solo attraverso un atto liberatorio la forza creatrice della donna e dell'ostetrica può essere ritrovata, ri-scoperta, ripercorrendo le multiformi abilità che potrebbe suggerirci e ispirarci per restituirci competenza e conoscenza. Credo che solo liberandosi dalle catene della medicalizzazione le ostetriche e le donne possano ritrovare la libertà e la creatività: quale atto può essere considerato più creativo del mettere al mondo una nuova vita?

IM: Anche tu hai avuto una formazione ospedaliera e hai lavorato in ospedale. Quando e perché hai deciso di lasciare l'ospedale e di assistere i parti a casa?

SV: Ho abbandonato l'ospedale quando ho capito di essere un bullone in un ingranaggio rigido, una situazione che a un certo punto mi è diventata insopportabile. Non potevo agire per modificare il meccanismo che mi stritolava. La routine determina il buon funzionamento dell'ingranaggio, diventandone parte integrante tramite un progressivo processo di disumanizzazione. In quegli anni qualsiasi gesto o espressione del volto di tipo umano era mal visto, anzi, erano vissuti dal sistema come pericolosi e disturbanti. In ospedale ero sempre più distante da quello che sentivo di essere. Sentivo di aver ricevuto in dono una sensibilità e un intuito fondamentali nell'ostetricia. Nell'ingranaggio ospedaliero non c'era e tuttora non c'è spazio per queste modalità. Se non ti adegui al funzionamento della macchina, alla routine, diventi un elemento *disfunzionante*. In realtà ho iniziato a assistere le nascite a casa subito dopo il diploma, viaggiando su due binari paralleli: da una parte l'ospedale, dall'altra il parto a casa, dividendomi tra due modalità non sovrapponibili. Benché cercassi di mantenerle separate per evitare il conflitto, l'esperienza domiciliare ha prodotto in me una consapevolezza unica, che non voleva essere taciuta e chiedeva di emergere con tutta la sua forza.

IM: Ciò significa che negli anni '80 le donne chiedevano di poter partorire a casa?

SV: Sì e non ho mai avuto paura di offrire da sola l'assistenza alla nascita a casa. Le donne e i bambini che aiutavo a far nascere sono stati i miei più grandi maestri. Essere ostetrica è stata per me prima di tutto un'esperienza iniziatica, un percorso personale, intimo e poi è diventata anche una formazione. La mia maestra è stata e è ancora l'osservazione. Infatti, prima di frequentare la scuola per ostetriche, ho lavorato per circa otto anni alla Clinica Mangiagalli con diverse mansioni. Nei vari reparti ho potuto acquisire esperienza e consapevolezza dei pregi e dei limiti della medicina e più in generale della sanità. Ho lavorato in diversi reparti: in sala parto, alla nursery, al pronto soccorso pediatrico, ecc. La scienza medica ha molti pregi, ma, poiché non sempre è utilizzata in modo corretto, le sue potenzialità non sono orientate verso l'attenzione alla vita. Questo significa che nel momento in cui sono diventata ostetrica ero già consapevole di molte cose, perché avevo avuto una formazione pratica attraverso l'esperienza. Per questa ragione, quasi subito dopo il diploma ho accettato di assistere le nascite a casa. Il periodo storico e culturale ha favorito questa scelta, perché in quegli anni molte donne rifiutavano le procedure ospedaliere, chiedendo di essere assistite a casa. Era

un fenomeno che si stava espandendo in tutta Europa e in Nord America sotto l'influsso dei vari movimenti a favore della donna e della vita in generale.

IM: Potresti spiegarmi qual è stato il tuo percorso?

SV: Ho lavorato vent'anni in ospedale di cui dieci circa come ostetrica. Nel 1981 dopo aver preso il diploma assistetti al mio primo parto a casa. Mi resi conto di aver bisogno di altri strumenti e andai a cercarli. Decisi di conoscere come avviene la nascita in altri paesi. Viaggiai per l'Europa e andai in Olanda, dove ebbi modo di entrare in contatto con un sistema molto diverso da quello italiano. Le politiche sanitarie olandesi sono da sempre a favore del parto a casa. In quegli anni il 60-70 per cento delle donne partoriva a casa, sostenute dal sistema sanitario locale. Scrisi all'ostetrica e autrice americana Ina May Gaskin, chiedendole di inviarmi una copia del suo libro *Spiritual Midwifery* (1975)¹⁰. Andai a Piacenza dal dottor Braibanti¹¹ e altro ancora. Anni dopo decisi di partire per l'America latina alla ricerca di un contesto in cui la biomedicina non avesse ancora permeato l'universo della nascita, che non fosse stato ancora intaccato dall'*inquinamento tecnologico*. Durante il mio soggiorno ho lavorato in un progetto di cooperazione internazionale dedicato al settore materno-infantile. Per circa quattro anni ho svolto il mio lavoro di ostetrica tra le popolazioni andine insieme a ostetriche, *parteras*¹² locali e cooperative di donne.

Tornata in Italia, nel 1996 ebbi una figlia anch'io. Fu allora che abbandonai la cooperazione per dedicarmi esclusivamente alla libera professione.

IM: Hai avuto modelli e figure di riferimento che ti hanno aiutata a tracciare il tuo percorso di ostetrica e di donna?

SV: Quando mi volto per guardare il mio cammino vedo e penso alle tante persone che lo hanno accompagnato. Mi reputo fortunata perché ritengo che

10 Ina May Gasking, ostetrica, ha fondato negli anni '70 il centro per la nascita *The Farm* a Summertown, Tennessee, dove tuttora lavora. E' presidente della *Midwives Alliance of North America*.

11 Luigi Braibanti (1921-1989). L'ostetricia ha rappresentato per Braibanti un interesse costante durante tutta la sua carriera medica. Dal 1974 condusse un'intensa attività divulgativa, sviluppando contatti soprattutto con gruppi di donne e di ostetriche e con gli allora nascenti centri di promozione della nascita naturale attiva. E' autore del libro *Parto e nascita senza violenza* pubblicato dalle Edizioni RED nel 1993.

12 Le *parteras* sono levatrici empiriche che si occupano da sempre delle partorienti e della pratica medica tradizionale più in generale, soprattutto nelle zone rurali. La *partera* accompagna la donna durante il parto. Per le popolazioni andine, la nascita è un evento prevalentemente culturale e la *partera* ha il compito di far sì che l'accogliere il neonato sia in armonia con la cosmologia tradizionale. Per questo tutte le attenzioni che ricevono i neonati hanno una forte valenza simbolica.

il periodo storico e sociale nel quale sono cresciuta sia stato ricco e stimolante: sono figlia del famoso '68. Era tutto un fiorire di idee e di volontà di cambiamento. Una figura rilevante per la mia formazione è stato l'incontro avvenuto in ospedale con Gianni Tognoni¹³. I suoi scritti e le sue ricerche sono state fonte di ispirazione, di crescita personale e professionale. Il suo sostegno è stato fondamentale per portare avanti progetti nei quale ho creduto, in particolare in America latina. Vorrei esprimere con una frase a me cara che cosa ha significato per me questo incontro: a occhi aperti, senza chiudere il cuore.

Un'altra figura fondamentale della mia formazione professionale è stata la signorina Baldini. Ostetrica e insegnante universitaria della scuola di ostetricia, con la quale ho avuto un rapporto complesso ma molto intenso. Quando mi iscrissi alla scuola la signorina Baldini manifestò una certa ostilità nei miei confronti, perché, contrariamente alla maggior parte delle altre allieve, non avevo una formazione da infermiera. Ero iscritta a medicina e passai a ostetricia superando un esame di ammissione. Quando però la signorina Baldini capì quanto fossi interessata e appassionata al lavoro di ostetrica, mi accettò e anzi mi difese in molte situazioni, incoraggiandomi a andare avanti. Durante le mie ore di tirocinio in sala parto cercai di imparare da lei quanto più mi fu possibile. In quel momento il rapporto di fiducia che si era creato tra di noi e il suo appoggio mi diedero molta forza. Questo non mi impedì in seguito di avere con lei delle divergenze a proposito della preparazione infermieristica richiesta dall'iscrizione a ostetricia che io non avevo, perché, secondo me, essa era in conflitto con lo spirito della professione ostetrica. Infatti quest'ultima è tradizionalmente legata allo stato di salute e di benessere di donna e bambino e alla tutela della fisiologia. Al contrario, nel contesto ospedaliero per diverso tempo mi fecero svolgere attività infermieristiche: lavorai nei reparti di oncologia, benché non lo avessi scelto, svolgendo funzioni molto diverse da quelle per cui ero stata formata. In tal modo, secondo me, il modello assistenziale medico-ospedaliero alterava radicalmente la natura della professione ostetrica, adeguandola alle proprie necessità organizzative, necessità alle quali l'ostetrica con formazione infermieristica meglio si adattava. Queste mie idee, la Baldini non le accettò. Io desideravo la mia autonomia e la mia totale dedizione alla nascita.

Un altro incontro illuminante è stato quello con Benedetta Barzini¹⁴. Dal primo momento ho sentito in lei una fiducia profonda nella propria capacità di mettere al mondo i suoi figli. Era una fiducia che nasceva da radici profonde e che nulla poteva scalfire. E' stata Benedetta a risvegliare in me l'amore e la comprensione della "natura selvaggia" che dimora in ogni donna. Ho capito allora che:

¹³ Gianni Tognoni è medico epidemiologo e occupa il posto di segretario del Tribunale Permanente dei Popoli. E' inoltre responsabile dell'Istituto M.Negri sud di Chieti.

¹⁴ Benedetta Barzini è giornalista e docente di sociologia del costume.

senza di lei, le donne perdono la sicurezza del loro cammino coraggioso. Senza di lei dimenticano perché sono qui, trattengono quando farebbero meglio a lasciar andare (...) Senza di lei, restano in silenzio quando stanno ardendo (...) Senza di lei gli occhi interiori delle donne sono chiusi da una mano indistinta (...) (Pinkola Estès 1992: 8).

E' stata Benedetta a incoraggiarmi a "correre più liberamente con i lupi".

IM: E' stato allora che hai incontrato le colleghe con cui hai fondato la Lunanuova¹⁵?

SV: Sì, tra le allieve della scuola di ostetricia c'erano anche coloro che sarebbero state in seguito le fondatrici dell'associazione. Il caso o il destino ha voluto che ci ritrovassimo quasi tutte a lavorare nella sala parto di un ospedale milanese, la Macedonio Melloni, per sostituire ostetriche che di lì a poco sarebbero andate in pensione. La loro pratica era meno medicalizzata di quella che avevo conosciuto come allieva ostetrica. Guidata da un radar interiore, tramite un'attenta osservazione, selezionavo e assimilavo quello che vedevo in base al mio sentire interiore. Ognuna delle ostetriche prossime alla pensione aveva accumulato una straordinaria esperienza. Per esempio, la loro esperienza era tale che nel seguire un travaglio alcune erano capaci di indovinare a che punto fosse giunta la dilatazione senza visitare la donna, solo guardandola. A me pareva un'abilità quasi magica, ma in seguito capii e questo ricordo mi commuove ancora oggi.

Nel 1981, dopo aver ottenuto il diploma di ostetrica, sono stata *intercettata* da un gruppo di donne. In questo gruppo alcune erano incinte e mi chiesero di assisterle nel parto a casa. Acconsentii. Le donne e i loro bambini che aiutavo a nascere furono i miei più grandi maestri. Sono stati loro che mi hanno insegnato ciò che conosco riguardo alla vera arte ostetrica. Quando dopo qualche tempo iniziai a sentirmi più sicura nell'assistenza alla nascita a casa, pensai di coinvolgere nelle assistenze domiciliari alcune delle ostetriche che lavoravano con me in ospedale. Sin dall'inizio ci furono delle divergenze sull'applicazione del protocollo, che ritenevo superato sia rispetto al parto ospedaliero sia rispetto a quello a domicilio. A quel tempo gli unici protocolli erano quelli ospedalieri e l'assistenza a casa veniva richiesta dalle donne, proprio perché quei protocolli erano discutibili. Il nostro gruppo ben presto

15 La Lunanuova è un'associazione di ostetriche indipendenti nata a Milano nel 1983, anno in cui alcune ostetriche europee risposero alla richiesta delle donne di assisterle alla nascita con sicurezza e serenità nel rispetto della fisiologia dell'evento a casa. Sara Veltro è stata socia fondatrice dell'associazione.

ebbe una sede, uno spazio offerto da una donna che avevo assistito in un parto a casa, dove iniziammo a offrire degli incontri preparato.

Purtroppo dopo qualche tempo, un'incrinatura profonda si è prodotta tra me e le altre ostetriche del gruppo, a causa di una divergenza professionale. La rottura è avvenuta quando una donna che avevo assistito in precedenza, chiese nuovamente di essere assistita a casa. Era alla sua terza gravidanza. Benché non si trattasse né di una gravidanza gemellare, come la prima volta, né ci fosse una presentazione podalica, come nella seconda, la donna aveva 42 anni, un'età che in quegli anni era considerata avanzata. Decisi di assisterla lo stesso, malgrado le perplessità e l'ostilità che il mio gesto suscitò in alcune del gruppo che erano più fedeli ai protocolli. In realtà, questo episodio ha fatto emergere delle divergenze più profonde che sono venute alla luce in quel momento. Il parto andò bene, ma il mio rapporto con il resto del gruppo era compromesso e così decisi di ritirarmi.

IM: Da cosa nascevano le vostre divergenze?

SV: Vari aspetti contribuivano a separarci, alcuni di ordine personale, altri di tipo professionale. Da un lato, alcune colleghe volevano prendere la guida del gruppo e mal sopportavano l'autonomia personale, dall'altro avevamo formazioni diverse e questo influenzava la nostra visione della nascita. Infatti, nonostante i dieci anni passati in ospedale in diversi reparti, non ero dipendente dal modello istituzionale, su cui ero in grado di posare uno sguardo critico, consapevole dei rischi e dei pregi del mio operato. Le mie colleghe invece arrivavano da una formazione infermieristica più nozionistica che pratica e questo faceva sì che avessero una visione più rigida, più conforme al modello ospedaliero. Incredibilmente e paradossalmente, mi ritrovai a scontrarmi con loro così come mi ero scontrata con l'istituzione ospedaliera. Il motivo fondamentale di questo conflitto era che anche loro, pur condividendo molte delle mie idee e pur essendo donne nello spirito dei tempi, si rifacevano a un modello della nascita rigido, ereditato da quello istituzionale, perché composto da regole precostituite. Esse quindi mal si adattavano alla flessibilità che era il mio credo più profondo. Per me era un problema non riuscire a confrontarmi con il gruppo al di fuori degli schemi, perché avevo bisogno di libertà e di flessibilità. La rigidità non era una sicurezza, ma anzi mi destabilizzava. Mi resi conto che non ero più in sintonia con loro né professionalmente né, più in generale, nella filosofia di vita.

Negli anni abbiamo comunque collaborato, ma le divergenze di fondo sono rimaste. Il mio modo di assistere non può essere uniformato e neppure è uniformante: sono convinta che l'evento nascita sia un atto unico e irripetibile come un'opera d'arte. Come afferma una mia collega:

La nascita è simile ad un'opera d'arte, che l'artista può realizzare se conosce bene la tecnica, ma sa anche trasferirvi la propria 'anima' permettendosi le cosiddette 'libertà poetiche' di defezione dalle regole (Carpanzano 2009, p. 34).

Vorrei concludere dicendo che le ostetriche di tutto il mondo hanno bisogno di imparare una dall'altra a condividere e a dare risalto alle speciali e molteplici procedure che ci caratterizzano e ci distinguono dal modello medico-assistenziale predominante. L'augurio è quello di conquistare spazi al diritto e alla libertà di espressione tramite la capacità di ascolto nell'interrogarsi sul senso di quello che si fa. Con la discussione e il confronto cercare e trovare la parola e gli esempi giusti che devono mantenere in sé l'eco dell'emozione e insieme garantire la precisione sufficiente per essere compresi, riprodotti, re-inventati nelle diverse situazioni. E' necessario dare alle parole una trasparenza tale da renderle strumento di comunicazione e non di distacco-distanza nel tentativo di conferire loro dignità e bellezza. Infine, mi sembra fondamentale evidenziare che ogni nascita individuale partecipa alla nascita della società, della collettività e del pensiero collettivo. La salute della madri è il futuro del bambino, della nostra società, del nostro divenire.

Bibliografia

- Antonowsky, A., 1987, *Unraveling the Mystery of Health. How People Manage Stress and Stay Well*, San Francisco Jossey-Bass Publishers.
- Bestetti, G., Regalia, A., 2007, *Il dolore è... nel parto*, Milano, Mimesis edizioni 2007.
- Braibanti, L., 1993, *Parto e nascita senza violenza*, Novara, Edizioni RED.
- Carpanzano, C., 2009, *Perché capisci che non ti basta più*, "D&D", n. 65, pp. 34-35.
- Gaskin, I. M., 1975, *Spiritual Midwifery*, Summertown TN, Book Publishing Company.
- Gaskin, I. M., 2003, *Ina May's Guide to Childbirth*, New York, Bantam Dell; trad. it., 2004 *La gioia del parto. Segreti e virtù del corpo femminile durante il travaglio e la nascita*, Pavia, Bonomi Editore.
- Marinopoulos, 2005, *Dans l'intime des mères*, Paris, Fayard ; trad. it. 1998, *Nell'intimo delle madri. Luci e ombre della maternità*, Milano, Feltrinelli.
- Pinkola Estès, C., 1992, *Women Who Run with the Wolves* ; trad. it., 1993, *Donne che corrono coi lupi. Il mito della Donna Selvaggia*, Como, Frassinelli.
- Odent, M., 2004, *Le fermier et l'accoucheur. L'industrialisation de l'agriculture et de l'accouchement*, Médecis; trad. it. 2006, *L'agricoltore e il ginecologo. L'industrializzazione della nascita*, Torino, Il Leone Verde.
- Tognoni, G., 1997, *Manual de Epidemiologia Comunitaria*, Edicion Cocomet (<http://estatico.buenosaires.gov.ar/areas/salud/dircap/mat/matbiblio/manual.pdf>).
- Robertson, A., 2004, *The Midwife Companion. The art of supporting during childbirth*, Australia, Ace Graphics; trad. it. 1998, *L'ostetrica e l'arte del sostegno durante il parto*, Milano, McGraw-Hill.
- Schmid, V., 2005, *Venire al mondo e dare alla luce*, Milano, Edizioni Urro.
- Schmid, V., 2009, *Comare, levatrice ostetrica. Quale ruolo nel parto a domicilio?* "D&D", n. 65, pp. 41-43.
- Veltro, S., 2009, *L'ostetrica custode di un'arte*, "D&D", n. 65, pp. 23-25.

