



L'assistenza alla nascita come pratica relazionale

Un dialogo con Ivana Arena e Luisa Selva

Birth Care as a Relational Practice

A Dialogue with Ivana Arena and Luisa Selva

Cecilia Noccioli, Specializzata in Beni demoetnoantropologici – Università degli Studi di Perugia

ORCID: 0009-0009-9235-8096; cecilianoccioli@yahoo.it

Tra il 2023 e il 2025, nell'ambito della mia tesi di specializzazione in Beni demoetnoantropologici dell'Università degli Studi di Perugia, ho avuto l'opportunità di conoscere e affiancare l'ostetrica domiciliare Luisa Selva, conducendo un'etnografia di profondità sulle pratiche della sua professione. Osservarla nel quotidiano del suo lavoro è stato come riaprire le pagine di un libro rimasto sospeso nella mia traiettoria biografica e professionale, un frammento della mia esperienza che attendeva di essere esplorato.

Ivana Arena, l'altra ostetrica con cui dialogo in questo articolo insieme a Luisa, l'avevo incontrata molti anni fa, credo che fosse il 2011, durante uno spettacolo di teatro forum sul tema della violenza ostetrica. Fu allora che, per la prima volta, assistetti a una contronarrazione della scena del parto, un'esperienza che mi colpì profondamente. Le sue parole mi riportarono immediatamente ai racconti di mia madre sul proprio parto: ricordo vividamente come, parlando di me e dei miei fratelli, mimasse il movimento della mano del ginecologo mentre, con le forbici, le praticava l'episiotomia – quel gesto rapidissimo per fare il “taglietto”. Spiegava che, con il dolore già diffuso per la dilatazione, lei non se ne era quasi accorta. Quella sera, Ivana mi offrì un'altra prospettiva: non tanto la negazione dell'episiotomia in sé, quanto la messa in discussione della sua applicazione routinaria e poco interrogata. In quel contesto, quel gesto poteva non essere stato indispensabile e rientrare, insieme ad altre pratiche oggi vietate, in ciò che lei definiva “violenza ostetrica”. Già da bambina, ascoltando mia madre raccontare le esperienze dei suoi tre parti, avevo provato sgomento: la sua voce pacata restituiva gesti quasi salvifici, rapidi e precisi, percepiti da lei come del tutto naturali. Ascoltare Ivana fu come ricevere una chiave per comprendere e legittimare l'inquietudine che quei racconti avevano suscitato in me. Così, quando rimasi incinta di mio figlio, decisi che in ospedale non avrei partorito.

Reincontrai Ivana alcuni anni più tardi, quando decisi di farmi accompagnare da lei durante la mia gravidanza. È in occasione di questa intervista che ho deciso oggi di far incontrare (seppur virtualmente) Ivana e Luisa e farle dialogare insieme attraverso di me.¹

Luisa e Ivana sono entrambe ostetriche con una lunga esperienza professionale. Prima di orientarsi verso l'assistenza extraospedaliera, hanno lavorato a lungo in ambito ospedaliero e condividono una riflessione critica sui limiti dell'assistenza medica alla nascita, in particolare sul mancato riconoscimento degli aspetti emotivi, mentali e sociali che attraversano la gravidanza e il parto. Sebbene spesso invisibili, questi fattori influenzano in modo significativo l'esperienza e gli esiti del percorso nascita. Entrambe hanno affiancato alla formazione universitaria altri percorsi a partire dalla Scuola Elementale di Arte Ostetrica di Firenze, fondata da Verena Schmid, che è ancora il riferimento principale per le ostetriche domiciliari in Italia.²

Attraverso le voci di Ivana e Luisa il contributo intende interrogare una possibilità di nascita ancora poco conosciuta e spesso oggetto di resistenze istituzionali e culturali: quella che si realizza in ambito domiciliare.

Cecilia: Partiamo da Ivana. Ci racconti quando e perché hai deciso di diventare ostetrica e in che modo, appunto, la tua esperienza personale ti ha influenzato?

Ivana: Nel '95 mi stavo laureando in lettere, storia e critica del cinema perché volevo fare la regista. Poi ho avuto mia figlia e l'esperienza del parto mi ha cambiata. [...] Avevo programmato un parto a casa, che poi si è concluso in ospedale con un cesareo. Non è stato tanto l'intervento il problema, quanto il modo in cui sono stata trattata, che è poi quello che le donne riportano quando

¹ L'intervista si è svolta il 22 gennaio. Io e Luisa ci siamo collegate dalla mia abitazione ad Alghero (SS), mentre Ivana ha partecipato da remoto. In quell'occasione si sono confrontate per la prima volta e, nonostante la distanza biografica e di contesto lavorativo – Ivana ha lavorato come ostetrica ospedaliera e domiciliare prevalentemente a Roma, mentre Luisa opera nel nord della Sardegna – ho riscontrato una forte convergenza su molti aspetti del loro lavoro, sebbene declinati, come emerge dal dialogo, a partire da prospettive differenti. L'incontro è durato un'ora e quaranta minuti; per rispettare i criteri editoriali ho dovuto ridurre il materiale di circa la metà. Alcuni passaggi sono stati quindi sintetizzati per ragioni di spazio. Mi scuso con le due interlocutrici se il flusso spontaneo del loro parlato ha subito lievi rielaborazioni.

² Verena Schmid ha 40 anni di esperienza come ostetrica indipendente, negli ambiti dell'assistenza alle nascite a domicilio, dell'insegnamento e della scrittura. Nel 1985 ha fondato l'associazione per il parto naturale e il parto a domicilio *Il Marsupio* e nel 1996 ha fondato la *Scuola Elementale di Arte Ostetrica srl – SEAO* che ha diretto fino al 2016. Da oltre 30 anni insegna alle ostetriche di tutto il mondo l'approccio salutogenico applicato alla "Midwifery Care", che ha sviluppato nel modello della *Salutofisiologia* (cfr. nota 4).

parlano di violenza ostetrica: nella maggior parte dei casi non è l'intervento in sé il problema, ma come ci arrivi a quell'intervento. Mi hanno portata in sala operatoria dicendo "adesso lo tiriamo fuori" senza spiegarmi che stavano per farmi un cesareo. [...] Mi hanno fatto un'anestesia generale senza darmi spiegazioni del perché non potessero farmi un'epidurale. Ho visto mia figlia il giorno dopo in incubatrice: è stato pesante. Successivamente ho letto molto, ho scritto il libro *Dopo un cesareo* (2007), perché in italiano non c'era niente e ho deciso di fare l'ostetrica: volevo "salvare le donne", un po' un delirio di onnipotenza, ma anche una forte spinta a iscrivermi di nuovo all'università per laurearmi in ostetricia e così ho fatto. [...]

Cecilia: Luisa, tu invece, al contrario, avevi 16 anni quando hai iniziato a studiare. È quindi una decisione nata da subito. Ci racconti che cosa ti ha portato a scegliere?

Luisa: Sì, avevo 16 anni, era il '73. Durante la scuola agraria, ho visto nascere cavalli e mucche e mi sono appassionata al parto. Poi un'ostetrica amica di mia madre mi ha spronato e mi sono iscritta alla scuola. Cinque anni intensi: tre da infermiera, due da ostetrica, ventiquattro ore in ospedale... pazzesco! [...]

Cecilia: Ivana, guardando oggi la tua esperienza professionale, ritieni che il percorso universitario in ostetricia sia sufficiente per lavorare come ostetrica domiciliare?

Ivana: No, assolutamente no. L'università ci prepara più a essere "piccoli medici": una visione molto biotecnologica della nascita, ma con pochissima autonomia rispetto ai medici. L'assistenza extraospedaliera non viene quasi mai considerata come possibile o sicura. Certo, qualcosa sta cambiando: la Federazione³ e una parte della cultura ostetrica stanno iniziando a valorizzare la fisiologia, e anche alcuni ginecologi se ne stanno accorgendo. [...] Il termine "salutogenico"⁴ è entrato nelle ultime linee guida dell'ISS,⁵

³ La "federazione" citata è la Federazione Nazionale degli Ordini delle Ostetriche.

⁴ Il termine "salutogenico" rimanda a una prospettiva che, anziché concentrarsi sulla prevenzione del rischio e della patologia, pone al centro le condizioni che generano e sostengono la salute. In ambito ostetrico, e in particolare nella tradizione elaborata all'interno della SEAO – Scuola Elementale di Arte Ostetrica fondata da Verena Schmid e oggi diretta da Barbara Rossetti – questo approccio considera gravidanza e parto come processi fisiologici complessi, nei quali dimensioni corporee, emotive, relazionali e ambientali concorrono in modo determinante agli esiti del percorso nascita, proponendo un'alternativa al modello puramente patogenico e medicalizzante.

⁵ Istituto Superiore di Sanità, 2025, linee guida sulla gravidanza fisiologica.

quindi c'è qualche apertura. Ma io, sul campo, ho imparato soprattutto buttandomi... letture, osservazioni, percorsi pratici come quelli della Scuola di Firenze con Verena Schmid. Ho imparato dalle donne, ma anche dalla mia gatta, che ha partorito quattro volte... probabilmente più da lei che dai tre anni di università! Guardando, osservando, percependo. Questo lavoro pratico è fondamentale, anche per cogliere cose che oggi la PNEI⁶ e le neuroscienze confermano, come l'incontro madre-bambino o la trasfusione placentare. Chi osserva, vede: penso che Luisa sappia bene di cosa parlo. [...] Il fatto che oggi faccio formazione dovrebbe servire anche a questo: offrire strumenti a chi esce dall'università e non ha le competenze per assistere a domicilio.

Cecilia: E il lavoro in ospedale ti ha dato strumenti utili?

Ivana: Sì, ma è stato duro. I primi sei anni ho visto situazioni complicatissime, con operatori indietro: ginecologi che fumavano e bestemmiavano, donne isolate, padri esclusi. Però ho imparato tanto, soprattutto a riconoscere situazioni critiche. [...] Anche l'aver fatto pronto soccorso in qualche modo ti sveltisce, ti fa vedere, ti fa riconoscere di più alcune situazioni. Quindi, se questo viene a mancare, sicuramente una buona formazione con i simulatori, per esempio, è molto importante.

Cecilia: Ok, Luisa, ti faccio una domanda simile. Pensando oggi alla tua formazione, quanto ritieni che il percorso universitario ti abbia preparato al lavoro che svolgi ora, soprattutto nell'accompagnamento alla gravidanza e al parto in contesti extraospedalieri e quali conoscenze o pratiche hai dovuto integrare o trasformare con l'esperienza?

Luisa: Negli anni di studio in ospedale ho visto solo patologie. Episiotomie, ossitocina, cesarei a nastro... tutto standardizzato, quando ero studentessa si usava ancora il forcipe! [...] Negli anni '80, lavorando in una clinica privata, ho visto un approccio più rispettoso: i papà in sala parto, parto spontaneo dopo cesarei precedenti, minori induzioni automatiche. Poi ho conosciuto Verena Schmid: lì mi si è aperto il mondo ed è cambiato il mio modo di essere. Ho imparato a osservare, a rispettare i tempi, a integrare massaggi, shiatsu, medicina tradizionale cinese, uso di rimedi fitoterapici.

⁶ La PNEI è la Psico-Neuro-Endocrino-Immunologia. È un approccio interdisciplinare che studia le interazioni reciproche tra psiche, sistema nervoso, sistema endocrino e sistema immunitario, mostrando come emozioni, stress, relazioni e contesto influenzino i processi fisiologici e di salute.

Cecilia: Allora, Ivana, Barbara Duden, una studiosa del corpo femminile, sostiene che gli strumenti diagnostici contribuiscono a oggettivare il corpo della donna: l'ecografo, per esempio, porta la donna a leggere il suo corpo tramite i referti, più che attraverso le proprie sensazioni. Tu come ti rapporti con la tecnologia in gravidanza e durante il parto? La vedi come alleata o come limite?

Ivana: Entrambe le cose. Quando serve, ben venga un cesareo sicuro, un'epidurale, un'ecografia... sono strumenti preziosi. Il problema è che oggi li usiamo di routine, per tutte le donne, senza distinguere quando sono davvero necessari. [...] Concordo con Duden: molte donne non ascoltano più il loro corpo. Inoltre, i falsi positivi dell'ecografia, per esempio, generano ansia inutile che può influire sul parto. [...] La tecnologia non è giusta o sbagliata di per sé: dipende da come la usiamo. Oggi penso che sia meglio, a volte, un bel cesareo fatto bene, con cordone intatto e mamma consapevole, piuttosto che un parto traumatico con spinte, episiotomia o ventosa, un "partaccio". Dobbiamo capire cosa vogliamo, soprattutto per la diade mamma-bambino. [...]

Cecilia: Luisa, nella tua esperienza il contatto diretto con le donne che segui sembra centrale, a differenza della pratica ginecologica e ostetrica tradizionale, in cui spesso il contatto fisico è mediato dagli strumenti. Mi vengono in mente, per esempio, due donne che hai seguito. A., con la cicatrice dovuta alla sutura della lacerazione del primo parto in ospedale: le doleva, e toccarla era per lei un tabù; tu l'hai guidata a riprendere confidenza con il proprio corpo, a curare quella cicatrice. E poi E. e quell'abbraccio che vi siete date appena conosciute.⁷ Come osservi e interpreti le reazioni corporee delle donne, per esempio la disponibilità o la resistenza all'abbraccio, e come le guidi a superare eventuali tabù verso il proprio corpo?

Luisa: Allora, per me il contatto fisico è molto importante. Ho studiato medicina tradizionale cinese, fatto shiatsu e tanti altri corsi di massaggi proprio per questo. Oltre alla comunicazione visiva e verbale, quando tocchi il corpo di una persona sai se è disponibile o scettica: il tatto è importantissimo. Regalo sempre massaggi, perché mi piace. Fra poco compirò 70 anni e nella mia vita ho fatto tante cose, ma oggi l'approccio con una donna è veramente... lo sguardo va bene, ci parli, fai la cartella, fai quello che devi fare, ma poi, sul lettino, senti

⁷ Faccio qui riferimento a due sue assistite che sono state mie interlocutrici nel corso della ricerca per la mia tesi di specializzazione. La tesi e il materiale etnografico raccolto durante l'indagine sono depositati e consultabili presso gli archivi della Scuola di Specializzazione in Beni Demoetnoantropologici dell'Università di Perugia e dell'Istituto Centrale per il Patrimonio Immateriale.

tutto: senti com'è la persona, la sua energia, qualcosa che non puoi descrivere. L'abbraccio è tutto. Anche rispetto alla gravidanza e al parto comprendi molte cose. Sono sensazioni che mi arrivano: emozioni, traumi pregressi, cose che le donne si portano dietro. Con il tocco, e anche da piccoli commenti che ti fanno, lo percepisci.

Ivana: È verissimo quello che dice Luisa. Questo è, per esempio, qualcosa che nella formazione manca completamente. È una cosa che in parte sono riuscita a costruire negli anni, non tanto quanto Luisa, ma che mi permette di percepire l'energia della persona, intuire come sta e adattarmi ai suoi bisogni. Sebbene la formazione teorica e le linee guida siano importanti, ciò che manca spesso è il contatto fisico diretto, sia tra l'ostetrica e la donna che tra la donna e il suo corpo.

Cecilia: Oltre al contatto fisico, e ai dati clinici, mi rivolgo ancora a Luisa, investo molto anche nella relazione. Spesso si crea una vera rete di scambi: non si tratta solo di conoscersi, ma di costruire fiducia reciproca attraverso piccoli doni, scambi di libri, oli e altri oggetti. Questi gesti rafforzano un rapporto, che va oltre l'assistenza professionale. Sei guida durante la gravidanza, ma al tempo stesso diventi una figura quasi familiare, con cui la coppia, la famiglia e talvolta gli amici instaurano un'intimità particolare. Puoi raccontarci un esempio concreto?

Luisa: Sì, penso a M., che doveva partorire in casa e la madre, che viveva sopra, era completamente contraria. Ci siamo conosciute nei primi mesi di gravidanza e così ho chiesto di incontrarla. L'ho semplicemente accolta, mettendole le mani sulla schiena, e piano piano si è sciolta: ha pianto e condiviso le sue paure e i traumi passati. Poi si è fidata quando le ho detto chi sarebbe stato il pediatra, una figura che già conosceva e di cui si fidava. [...] Abbiamo coinvolto anche il padre, le sorelle e gli amici: si è creata una vera rete di supporto attorno a lei. Oltre a questo, il mio tempo a disposizione mi permette di curare altri dettagli: preparo erbe, oleoliti e piccoli doni che offro alle famiglie. Sono gesti semplici, ma aiutano a rafforzare il legame. Ad esempio, L., una mamma che ho seguito, un giorno è venuta a sentire il battito del bambino e abbiamo finito per fare una lettura delle carte insieme, ma era lei che le leggeva a me. Alla fine, l'ho invitata a restare a cena: così nascono questi rapporti belli e profondi, che vanno oltre la semplice assistenza ostetrica.⁸ [...]

⁸ Anche M. e L. hanno collaborato alla mia ricerca, ho infatti conosciuto e intervistato molte donne che hanno partorito con Luisa. Alcune interviste integrali sono presenti nella tesi di specializzazione, consultabile come riferito nella nota precedente.

Cecilia: Questo influenza l'andamento del travaglio e gli esiti del parto?

Luisa: Sì assolutamente. Non puoi fare un parto in casa se non c'è armonia totale.

Cecilia: L'antropologia della nascita ha mostrato come non esistano sistemi del parto privi di ritualità, ma solo differenti modi in cui questa legittima specifici regimi di sapere e di autorità. Come osserva Brigitte Jordan (1984), nel parto ospedaliero molte pratiche mediche non hanno solo una funzione clinica, ma operano come rituali che rafforzano il primato del sapere biomedico. Anche il parto domiciliare, però, si fonda su un sistema di valori forte. In particolare, l'idea di fisiologia, di natura affidabile e di intervento come eccezione orienta le pratiche e rende certe scelte più legittime di altre. Le forme di ritualità che accompagnano questo tipo di nascita possono però essere molteplici. Luisa, dai tuoi racconti emergono situazioni differenti, pur mantenendo intatti i valori di fondo ai quali ancori il tuo modo di essere ostetrica. Hai aiutato M. a ri-appropriarsi di pratiche che la nonna conosceva bene, ma che erano andate perdute con la sua morte, come la fabbricazione delle "punghie" e la "medicina dell'occhio".⁹ Nella lunga intervista che ho fatto a M., è lei stessa a sottolineare quanto tu sia stata preziosa nel recuperare un sapere che pensava perso. Con altre donne, invece, hai accolto modalità differenti, a volte inventate o reinventate a partire da tradizioni lontane. È come se tu riuscissi a plasmarti di volta in volta, accogliendo ciò che ti arriva senza imporre una tua ritualità. Cosa ti viene in mente in proposito?

Luisa: Mi viene in mente un'altra ragazza che ha fatto il parto in casa, che voleva assolutamente la madre, e la sua amica brasiliana e *parteira*.¹⁰ Ha partorito nella vasca il suo terzo bimbo. Lei ha fatto un percorso con me perché i due parti precedenti fatti in ospedale erano stati terribili, ma proprio terribili e quindi non voleva la stessa esperienza. Abbiamo lavorato molto con trattamenti, massaggi, abbiamo lavorato sul perineo che, Ivana, tu la dovevi vedere com'era, l'avevano cucita talmente stretta che era una cosa... cioè infatti ho detto "cavoli di violenza ostetrica!". Abbiamo lavorato per ammorbidire, in

⁹ La *punga* è un amuleto protettivo, utilizzato come scudo contro il malocchio. Viene realizzata cucendo un pezzetto di stoffa contenente un frammento di cordone ombelicale, nel caso si tratti di un amuleto per il neonato, insieme a preghiere o altri piccoli oggetti simbolici. La medicina dell'occhio è una pratica tradizionale sarda che si occupa della cura e protezione contro il malocchio e altre influenze dannose, spesso percepite come causate da sguardi invidiosi o malefici (Gallini 1973).

¹⁰ La *parteira* nel contesto brasiliano è ostetrica tradizionale, legata al parto domiciliare e a saperi comunitari non biomedici. È una figura riconosciuta ma non pienamente istituzionalizzata.

diversi modi, anche con le visualizzazioni. Il parto è stato molto bello perché la mamma ha acceso delle candele, a un certo punto la sua amica ha preso il tamburo e ha iniziato a intonare un canto per accompagnare la nascita della sua creatura. Si è creata una magia. È stato bellissimo perché la madre, buddista, recitava le sue preghiere, l'amica suonava il tamburo sciamanico e io le facevo i massaggi. Perfetto. Lei al centro, il marito è entrato in acqua insieme con lei nella piscina, si sono rotte le membrane ed è affiorata la testina che lui ha accolto. Se la sono messa al collo ed è stato magnifico. Si creano questi momenti. Lei mi ha detto: "grazie perché io mi son sentita una grande dea madre". Lei che partoriva. È stato bellissimo. Come fai a fare tutto questo in una sala parto? Non si può. Forse nelle case maternità. Io assisto pochi parti e – ringrazio l'universo – capitano molte di queste cose così. Sì, sì, veramente. Mi viene in mente anche un altro parto in cui lei ha passato il suo travaglio suonando la chitarra e cantando. [...]

Ivana: Io ho sempre pensato di voler essere un'ostetrica camaleonte. Sono io che mi devo adattare a chi ho di fronte, del resto, questo è anche scritto dall'OMS già da tantissimi anni. L'unico motivo per intervenire è quando ci sono dei rituali che sono dannosi, francamente dannosi, come quello di non far prendere il colostro al bambino, di separarlo troppo presto dal cordone. Questi del resto sono interventi, ma sul non intervento e sul voler accogliere pratiche differenti bisogna assolutamente accompagnare le persone, e questo dovrebbe far parte della formazione.

Cecilia: Luisa, tu mi hai detto diverse volte che mentre durante la gravidanza fai massaggi, tocchi e intervieni; durante il parto invece sei la "guardiana", colei che vigila affinché tutto vada bene, ma con le mani a posto. Raccontaci come.

Luisa: Intanto c'è da dire che durante la gravidanza tratto anche tutti quanti i padri, nel senso che anche con i padri faccio un lavoro, usando diverse tecniche, per buttare fuori tutte le paure. Mi è capitato di vedere papà diventare più amorevoli, più partecipanti. Quando si respira amore in casa è molto bello. [...] Durante il parto io non faccio più niente, è il padre che assiste. Non visito quasi mai, aspetto, perché ormai mi accorgo dalla postura, dall'uso della voce che cambia [come procede il travaglio] ed è il padre che assiste. E questo secondo me è molto importante perché si crea un legame più forte. Ho notato in ospedale, vedevo che in terza giornata c'era proprio una brusca caduta di ormoni, le donne piangevano. Quando lavori anche con il padre, si crea proprio la triade, è tutto molto più semplice perché forse la donna si sente più accolta, più centrale. È diverso. [...]

Ivana: Anch'io, soprattutto negli ultimi anni, se vedo che c'è anche solo una piccola discrepanza nel come stanno insieme, lavoro col padre, me lo prendo da parte e gli spiego perché serve lui e come serve, quanto è importante il suo ruolo. Quindi assolutamente bello questo.

Cecilia: Eh sì, infatti volevo chiedere qualcosa anche a te, Ivana, perché ricordo che durante il mio travaglio ti sei spesa tantissimo perché avevo queste contrazioni tremende dietro la schiena che mi mettevano ko e non si infittivano mai; quindi, è stato un travaglio molto lungo, molto doloroso. Io mi ricordo che mi sentivo proprio coccolata, tu c'eri, sentivi il mio dolore e cercavi di far di tutto per alleviarlo. Poi mi ricordo che a un certo punto ho fatto un suono "strozzato", come se stessi compiendo uno sforzo, e tu hai detto: "ah, bello questo suono, mi piace, sta andando molto bene!" e poi i dolori sono cambiati. Raccontaci qualcosa anche tu di questo. Qual è la tua postura durante il travaglio e il parto?

Ivana: Ah, guarda, io cerco di pormi un po' a seconda di quello che sento essere il bisogno della donna, quindi sono d'accordo con Luisa, meno si fa, meglio è. A volte scherzo in gravidanza, dico, "Guarda, io non c'ho voglia di lavorare, eh, quindi meno faccio e meglio è". Quindi nel tuo caso, probabilmente ho cercato di mettere in campo un po' di analgesia fisiologica, le digitopressioni che quando c'è un bisogno utilizzo. C'è una scuola di pensiero che sostiene che la donna deve essere lasciata da sola nel suo dolore perché così "sbrocca" e partorisce. Ecco, io su questo non sono d'accordo perché poi si creano dei traumi se la donna si sente abbandonata; quindi, mi fa piacere che tu mi dica che ti sei sentita coccolata. Quindi se la donna riesce, e questo sarebbe l'ideale, ad attivare la sua endoanalgesia, le sue risorse, io sto in un cantuccio, come fa Luisa, assolutamente, cioè sto proprio da una parte tranquilla, mi assicuro che l'ambiente vada bene, che la temperatura dell'acqua sia adeguata. Se la donna ha bisogno cerco di starci. Se ovviamente è molto lungo, magari intercambiandomi con la collega. Fare l'ostetrica è questo, cioè cerchiamo sia in gravidanza che nel travaglio di attivare la donna, affinché riesca con le sue forze, laddove questo non è possibile per qualsiasi motivo, io ci devo stare e le devo stare vicina, devo accogliere il suo dolore, devo cercare di sostenerlo. In alcuni casi qualche visita in più serve per capire cosa sta succedendo, però di solito passo tanti parti anche senza fare neanche una visita. Quindi, voglio dire, questa per me è l'essenza dell'assistenza ostetrica: essere presenti, offrire le nostre competenze quando c'è bisogno e intervenire in caso di emergenza.

Cecilia: C'è qualcos'altro che vuoi aggiungere rispetto al tuo ruolo di formatrice oltre che di ostetrica domiciliare?

Ivana: Sì, ho creato questa formula che a me piace e che in questo periodo della mia vita posso praticare, quella della formazione a domicilio. Sto portando in giro per l'Italia la formazione alle colleghe dove e come me la chiedono, agli ordini professionali, alle ASL o privatamente. E questo mi piace molto perché in qualche modo c'è un parallelo tra la mia attività di ostetrica domiciliare e l'andare in giro per l'Italia col mio manichino (per le simulazioni). [...] Ieri sono stata in Toscana a fare il laboratorio sulle suture. L'altra settimana, ho fatto lezione alle colleghe dell'ordine, abbiamo concordato un programma, erano contentissimi e questo è molto bello e quindi ecco, questo mio modo di fare formazione è proprio lo stesso modo in cui faccio l'ostetrica, senza dogmi e cercando di andare incontro ai bisogni delle colleghe in questo caso. Nella formazione anche io imparo sempre qualche cosa, quindi cerco di farlo con umiltà, no? Nel senso che, sicuramente ho venticinque anni di esperienza, qualcosa, cioè devo comunque essere assertiva nel fatto che alcune cose le so, tra virgolette, però so anche di non saperne tante altre e quindi c'è sempre qualcosa che io imparo anche dalle colleghe e credo che questo lo sentano. [...]

Cecilia: Ora cambiamo argomento e affrontiamo una questione scottante: quella economica. Un aspetto problematico dell'ostetrica domiciliare come professionista indipendente è proprio la questione finanziaria, una difficoltà che sembra accomunare tutte le ostetriche indipendenti. Il parto a domicilio ha un costo, ed è quindi una scelta accessibile solo a chi può permetterselo. D'altra parte, però, c'è anche l'incertezza per l'ostetrica di ricevere il pagamento, perché non è mai garantito. Ivana, la mia domanda, che potrebbe sembrare un'ipotesi irrealizzabile, è questa: cosa accadrebbe se l'ostetrica domiciliare ricevesse uno stipendio dal Comune o dal Ministero della Salute? È una proposta concretizzabile?

Ivana: Allora, ti direi che sarebbe come ritornare alla condotta ostetrica, che da un lato sarebbe bellissimo. [...] Il problema della condotta è che, nel momento in cui lo Stato ti paga per fare questo lavoro, ti istituzionalizza; quindi, pretende da te che lavori in un certo modo, che è nel modello biomedico. Se tu porti l'ospedale a casa fai danni irreversibili, mentre in ospedale c'è la sala operatoria al di là del corridoio, al limite corri in sala operatoria. Se tu certe cose le fai a casa, hai dei danni, quindi dovrebbe essere comunque supportato da una formazione universitaria adeguata. Noi nel Lazio abbiamo il rimborso regionale, ma è solo parziale, però è già qualcosa. È possibile, non c'è la volontà di farlo, non si è capito l'importanza.

Cecilia: Negli ultimi anni la cultura del rischio legata al parto, che cresce sempre di più, non solo ha alimentato la diffidenza verso il parto extraospedaliero

programmato, ma ha anche contribuito alla chiusura di molti punti nascita, com'è successo ad Alghero. La scelta per le donne sul luogo e la modalità di parto invece di ampliarsi si restringe. Ivana, qual è il tuo punto di vista su questo fenomeno e quali conseguenze ha, secondo te, sull'assistenza alle donne?

Ivana: Allora, questo è stato fatto in modo miope, perché invece di considerare il numero dei parti, quello che era importante considerare erano gli esiti. [...] Il ragionamento è stato: se tu hai meno di 300-500 parti, quella volta che ti arriva un caso particolare non lo sai gestire e fai danni. Ma lì non nasce dall'esperienza dell'operatore, nasce da come lavori. Perché come ti dicevo, se tu porti la modalità ospedaliera in casa fai danno. La stessa cosa avviene se porti una modalità biomeccanica di gestire il parto, come in un ospedale universitario di terzo livello, in un centro nascita da 500 parti, e in più ti sobbarchi comunque le spese del medico reperibile per un eventuale cesareo, l'anestesista ecc. Non è sostenibile economicamente, ma a volte si fanno le cose veramente male. Inoltre, laddove decidi di chiudere un punto nascita, non è che lo chiudi e sul territorio non c'è più niente, perché trasportare una donna in macchina o in elicottero durante un travaglio è già di per sé un rischio. [...] C'è miopia politica, non ti so dire se ci sono lobby di potere, sicuramente c'è tanta ignoranza: la popolazione non sa, figurati i politici, ma spesso non lo sanno neanche gli operatori sanitari che cos'è un parto. Non sanno che cos'è un parto. Per loro il parto è quello che si vede in TV e vedono in sala parto, quando imparano a fare gli ostetrici. Quello non è un parto. Non è un parto. Il parto con stimolazione, epidurale, ventosa, posizioni forzate, non è la fisiologia, non ha niente a che vedere col parto umano, che invece ha molto più a che fare con, a parte la fisiologia, anche con questi elementi sottili che ancora non vengono riconosciuti, di relazione. L'utero è un sensore ambientale, se la donna non si sente completamente al sicuro nella parte subconscia, che è quella più profonda, non si va da nessuna parte.

Cecilia: Allora mi riallaccio a questo per la prossima domanda. Mi ricordo che quando venivo da te durante la mia gravidanza, mi dicevi: "Io devo trovare il modo di farti staccare la mente durante il travaglio, non so se ci riuscirò". Ti ricordi? Pensi che una mente troppo vigile possa costituire un rischio in un parto programmato extraospedaliero?

Ivana: Non è un rischio nel senso di mettere in pericolo di solito la vita della mamma o del bambino, ma è una possibilità che capita spesso nelle donne del 2000-2026. Siamo esseri umani con neocorteccia molto sviluppata, imbibita di narrazioni tossiche, paure, traumi precedenti, programmazioni. Sicuramente questa attivazione neocorticale inibisce i processi fisiologici, ma come nella ses-

sualità: se c'è una attivazione neocorticale che dice "ah devo fare la spesa, potrebbe entrare qualcuno, non mi sento al sicuro", l'orgasmo non lo raggiungo. È la stessa cosa nel parto, gli ormoni sono identici. Questo può portare a travagli più lunghi, più dolorosi, non so Luisa, nella tua esperienza. Come ruolo dell'ostetrica io vedo quello di protezione dell'ambiente, soprattutto nel momento del travaglio.

Luisa: Sono anche le nostre memorie uterine che ci portiamo dietro, quelle di nostra madre, nonna, bisnonna, e così via.

Cecilia: Mentre Ivana ci dice che è la parte razionale che blocca, Luisa, tu sostieni che anche le emozioni possono bloccare. Vuoi aggiungere qualcosa in proposito rispetto alle emozioni? Per esempio, un grosso lavoro che fai spesso è sulla rabbia, no?

Luisa: Eh, perché la rabbia è proprio il primo trauma che noi ci portiamo dietro. Cosa trasmettiamo noi a questi bambini in utero? Lavorare ancora prima sulla comunicazione madre bambino è importante. Di questi traumi non si parla quasi mai: sono piccoli, ma ce li portiamo dietro. Non vengono riconosciuti. Forse oggi se ne parla un pochino di più, ma neppure uno psicologo ti parla dei traumi della nascita, dei traumi del parto. Bisogna far emergere le emozioni e tirare fuori la rabbia. Come respiriamo? Ce lo chiediamo? Anche piangere fa bene alle volte.

Ivana: Quando io dico neocorteccia dico che c'è quell'aspetto lì, però mi sto rendendo conto sempre di più invece di quanto il subconscio è ancora più potente, quindi il lavoro sulle emozioni che dice Luisa, assolutamente sì. Cioè, sono due fattori. E in questo momento la donna del 2000 è proprio scissa in modo terribile tra questa neocorteccia, i pensieri, le narrazioni tossiche e tutti i traumi, tutte le programmazioni: "non sei capace, il parto a casa è pericoloso", capito? Quindi è proprio un mix letale.

Cecilia: Come sapete, l'ostetricia è stata recentemente riconosciuta dall'UNESCO come patrimonio culturale immateriale dell'umanità. L'assistenza alla nascita è presentata come una pratica socioculturale, non solo tecnica e non necessariamente riconducibile alla sfera medica, ma iscrivibile anche all'interno di pratiche tradizionali e comunitarie, i cui effetti immediati sulla donna si riflettono sull'intera comunità. Nel testo, il parto è descritto come un processo di transizione e un'esperienza trasformativa della donna, e viene sottolineata la capacità della donna di sostenerlo con le proprie risorse. In questo senso, il riconoscimento UNESCO sembra confermare molte delle istanze che voi ostetriche domiciliari sostenete da anni. Ivana, vuoi commentare?

Ivana: Non ho potuto leggere il testo integrale, ma è importante riconoscere il ruolo dell'ostetrica e della donna nel sapere partorire. Direi di non usare il termine "ostetricia", proprio perché include anche la pratica medica. Il mio sogno è che le ostetriche diventino inutili in futuro: le donne riacquisiscano la competenza che abbiamo avuto per millenni, e il parto torni a essere un atto fisiologico, come mangiare o respirare. Oggi invece la medicalizzazione ha creato un bias culturale enorme. Molte donne percepiscono il parto a casa come più pericoloso di quanto non sia.

Cecilia: Hai fatto bene a puntualizzare il termine "ostetricia": nella versione francese del testo si parla di *maïeutique*, l'arte maieutica del "tirar fuori", cioè il sostegno alla donna nell'attivare le risorse che già possiede; in quella inglese si usa l'espressione *midwifery*, e il termine *midwife* indica letteralmente colei che sta accanto alla donna, nel medesimo significato attribuito prima. Questa scelta terminologica è significativa nel testo UNESCO.

Ivana: Dobbiamo cambiare la narrazione sul parto, lo dico anche nel mio ultimo libro (Arena 2024). Per migliaia di anni l'umanità si è riprodotta senza ostetriche, con successo. Il parto non può essere un atto pericoloso e non lo è nella maggior parte dei casi. Io e Luisa abbiamo il privilegio di vederlo nella fisiologia, non è pericoloso! I problemi più gravi derivano dalla medicalizzazione, non dal parto in sé. Ma questa cosa oggi non la vediamo e la cosa più grave è che neanche le donne la vedono più. È essenziale ripristinare un paradigma che riconosca la competenza delle donne: autonomia e fiducia nel proprio corpo non possono essere un lusso, ma una necessità.

Luisa: Io direi che dobbiamo riprendere il contatto con la terra e anche il parto cambia, assolutamente, e cambia il nostro modo di vivere. Quindi riprendiamocelo. Diventiamo tutte quante delle grandi dee connesse alla madre terra e consapevoli del nostro potere.

Ivana: Voglio rinforzare questo concetto della dea. Noi donne dobbiamo ricominciare a poterci sentire delle dee su tutto. Dea nella sessualità, dea nella normalità, dea in menopausa. In menopausa noi adesso sappiamo che si ricostituisce il cervello (Arena 2024). Le uniche mammifere che vanno in menopausa sono una specie di elefanti in cui la leader è la femmina del gruppo. Noi ci dobbiamo riprendere questa leadership. Invece, annichilirci nella sessualità e nel parto significa che ti tieni lì buona, buona nella paura. È terribile quello che abbiamo permesso di farci.

Queste ultime battute restituiscono un posizionamento politico netto di Ivana e Luisa come attiviste, portatrici di istanze che si inscrivono nella stessa griglia interpretativa che ha guidato alcune storiche nella rilettura dei processi riproduttivi alla luce dei rapporti di genere (Ranisio 2012; Filippini 2017; Federici 2004; Pancino 1984). L'ospedalizzazione del parto può così essere letta come l'esito di un processo di lungo periodo che, passando anche attraverso la repressione dei saperi femminili durante la caccia alle streghe (Federici 2004), ha progressivamente espropriato le donne del controllo sul proprio corpo e sulla propria competenza riproduttiva (Pancino 1984). In questa prospettiva, l'appello a "sentirsi dee" diventa un invito a riappropriarsi dell'autonomia e della competenza perdute.

Bibliografia

Arena, I.

2007 *Dopo un cesareo. Come rispondere alle esigenze di mamma e bambino*, Bonomi Editore, Milano.

Arena, I.

2024 *Riscoprire lo stile di vita originario*, Terra Nuova Edizioni, Milano.

Duden, B.

2006 *I geni in testa e il feto nel grembo. Sguardo storico sul corpo delle donne*, Bollati Boringhieri, Torino.

Federici, S.

2004 *Calibano e la strega. Le donne, il corpo e l'accumulazione originaria*, Mimesis, Milano.

Gallini, C.

1973 *Dono e malocchio*, S. F. Flaccovio Editore, Palermo.

Jordan, B.

1984 *La nascita in quattro culture atteggiamenti e pratiche ostetriche a confronto*, Emme, Milano.

Pancino, C.

1984, *Il bambino e l'acqua sporca. Storia dell'assistenza al parto dalle mammane alle ostetriche (secoli XV-XIX)*, FrancoAngeli Editore, Milano.

Ranisio, G.

2012 *Corpo femminile e medicalizzazione*, in D. (a cura di), *Le parole dell'antropologia medica*, Piccolo dizionario, Morlacchi, Perugia.