

Alcune domande e risposte

Mattina del primo giorno: Nadia Filippini

Domanda di una partecipante: Ho trovato su un blog la famosa maledizione biblica “Donna partorirai con dolore” interpretata diversamente. Sembra che questa frase sia un’errata traduzione, il testo originale doveva essere: “Donna partorirai con fatica”.

Risposta di Filippini: Non ho presente questa interpretazione e chi l’ha sostenuta; non l’ho trovata nelle bibliografie che ho analizzato in ambito europeo. Detto questo, anche se fosse ‘fatica’, sforzo o difficoltà non è molto differente. Il grande problema è questa connessione tra il parto e dolore/fatica che anche ai filosofi greci non era sfuggita. Anzi, Aristotele, da scienziato, si era posto il problema, si era chiesto come mai tra i mammiferi tutte le femmine partoriscono facilmente e la donna è quella che partorisce con maggior fatica e rischio della vita. E aveva cercato di dare una risposta, facendo riferimento ad abitudini di vita e costumi che avrebbero indebolito il corpo femminile (eccessiva sedentarietà e scarso movimento). La scienza però riprenderà questo interrogativo solo col positivismo, e questo la dice lunga. Per secoli, dal IV secolo avanti Cristo fino all’Ottocento, la scienza non affronta più questo tema in termini di ricerca: è un dato assai rilevante! Questo perché la Chiesa, con la sua autorità, aveva già dato la sua risposta. Il problema del dolore non è che sfuggisse, o che fosse appunto sfuggito, fin dall’antichità. Il fatto è che questa difficoltà veniva collegata dalla religione ebraica e da quella cristiana con il peccato originale. È l’ombra del peccato che entra nel parto e questo mi sembra la cosa più rilevante da sottolineare.

Domanda: Si può stabilire storicamente quando è aumentato il tasso di mortalità delle donne che partorivano? Può essere correlato all’intervento dei medici, degli uomini nell’ambiente del parto? Così come anche il dolore cambia quando lo sguardo maschile va sul parto. Le levatrici magari non avevano studiato ma avevano l’esperienza e sapevano anche che una donna per partorire bene aveva bisogno di un ambiente intimo. Quando si è iniziato a sorvegliare il parto invece sono iniziati i problemi?

Risposta di Filippini: Difficile dare dei dati precisi fino all’Ottocento, quando nasce la statistica. Quello che è certo è che alcune pratiche e sperimentazioni introdotte dagli *accoucheurs* (come allora si chiamavano i medici che seguivano i parti) comportarono un’alta morbilità e mortalità: penso al taglio cesareo sulla donna in vita che venne introdotto appunto verso la fine del Settecento (quando ancora non si conoscevano i principi della sepsi e antisepsi), con risultati drammatici ed una mortalità materna che si aggirava intorno al 70%: in pratica si sacrificava la vita della madre per cercare di salvare il bambino. Di questo ho parlato nel mio libro sulla storia del taglio cesareo (Filippini 1995). Ma anche l’applicazione del forcipe comportava alti rischi e sofferenze (perché pochi lo sapevano usare correttamente) con una mortalità pari quasi al 30%, tanta da esser conosciuta la diagnosi *failed forceps outside* (FFO).

La mortalità era molto elevata nei primi ospizi per partorienti, per le stesse cause: le donne morivano di setticemia causata dalle mani nude dei medici che passavano dalla sala anatomica a quella ostetrica senza disinfettarsele. A intuirlo, prima di Pasteur, fu il medico ungherese Semmelweis, che a metà Ottocento impose il lavaggio delle mani all’ingresso del reparto, ma non venne creduto e questa innovazione gli costò la carriera.

Pomeriggio del primo giorno: Mariam Irene Tazi-Preve

Domande di Chiara Ventresca: La prima domanda è sul concetto di non credere. In Spagna un annetto fa quelli che promuovono l'utero in affitto/la maternità surrogata hanno usato uno slogan femminista: "Noi partoriamo e decidiamo" in un cartello pubblicitario per rendere la maternità surrogata un concetto femminista neoliberale contemporaneo. La mia domanda è: come facciamo a riconoscere quando avvengono questi inganni? Come facciamo a riconoscere e a spiegare il trucco quando appare un manifesto di 5 metri per 5 nel centro di Madrid che richiama a una lotta femminista per il capitale e per il neoliberalismo? È molto facile accettarlo. Anche io fino a qualche anno fa leggendo il manifesto non sarei andata più a fondo alla questione ma l'avrei accettato, essendo cultura egemonica. Questo accade: la cultura egemonica si prende anche le parti che le sono contro e le ingloba. La mia domanda è come possiamo riuscire a essere attenti a questo tipo di eventi.

La seconda è sull'economia nelle società matriarcali, perché mi sembra molto difficile esaltare la società matriarcale e poi non confrontarci con il fatto che comunque viviamo in una società neoliberale. L'economia poi come fa? Il sistema economico ha delle strutture matriarcali?

Risposte di Tazi-Preve: Conosco questo discorso, sono imbrogli, tutto viene ribaltato contro di noi e si dice che sia femminismo. Ma non lo è, e tu lo senti.

Ho un'amica australiana che è attiva contro la maternità surrogata. Ha detto: questo parlare dei diritti è fatto in un modo patriarcale contro le donne. Così si pensa che questa sia una scelta delle donne, ma non è una scelta. Lo è, ma sempre all'interno di questo sistema, e lo stesso argomento viene usato per la prostituzione: posso vendere il mio corpo come voglio. Ma sono concetti che non puoi adottare se vuoi restare umana. Sto scrivendo per una nuova definizione di femminismo, la chiamo il "femminismo umano". Se tu vuoi restare umana questi concetti non funzionano, non è vero che si fanno queste cose per scelta vera. Accade in paesi come l'Ucraina, dove le donne sono povere. Una donna che ha soldi non lo fa. È una schiavitù, non c'è libertà.

L'economia matriarcale: sono consapevole che non si può trasformare il sistema cambiando gli individui uno per uno, ma si può imparare, ci sono principi che tu puoi seguire, e fa una grande differenza. È vero, le società matriarcali non vivono come viviamo noi, non solo la loro cultura è diversa ma c'è tanta agricoltura e la terra è di tutti, è comunitaria. Non c'è l'eredità, oppure qualche volta è la figlia che eredita ed è responsabile della terra: non può venderla, lei si cura della terra e degli altri.

Vi consiglio i documentari sulle Moso, ce ne sono parecchi. Hanno cose che non abbiamo più: la donna tiene la terra, le donne stanno insieme anche emozionalmente, l'una è vicina all'altra. Non hanno bisogno di un uomo che faccia da sostituto emotivo della madre, e questo le rende più forti e indipendenti da qualunque relazione che possono o non possono avere.

La dipendenza dal marito ha a che fare con l'ideale della famiglia nucleare: ti devi sposare e sarai felice fino alla fine dei tuoi giorni. Ma guardate le separazioni: sono altissime, stanno crescendo, è proprio il contrario! Non esiste un amore che duri tutta la vita. Forse un decimo delle coppie lo realizza, ma ci fanno credere che sia il contrario.

E il matrimonio è stato ideato per la trasmissione della proprietà e per sapere di chi erano i bambini, non aveva nulla a che vedere con il romanticismo. Il matrimonio d'amore è molto recente, è del secolo scorso. Le giovani donne ancora ci credono, lo si vede in tutti i film: se vuoi realizzarti devi sposarti e avere bambini. La maggior parte delle persone crede a questo che è un ideale e non la realtà.

Conoscete il libro *Madri pentite*¹⁴¹? Non è tanto che siano pentite di essere madri, ma di avere avuto figli a queste condizioni.

Domanda di Elena Laurenzi: Vorrei porre una questione di fondo riprendendo anche le relazioni di stamattina e chiederti se il problema sono le varie tecnologie che in questo momento supportano la maternità, come la fecondazione in vitro, oppure il loro uso e fomentazione da parte del sistema economico. So che non è facile scindere le due cose, però mi chiedo se non dovremmo cercare di farlo. Io conosco molte esperienze di donne che attraverso la fecondazione in vitro hanno potuto vivere una scelta di piena felicità. Ora, è vero anche che conosco calvari di donne che tentano la fecondazione in vitro con cliniche private spendendo un patrimonio e spesso fallendo. Mi sembra che le procedure siano più sicure e più garantite, molto più serene negli ospedali pubblici, almeno in Spagna. In Italia non lo so. In altre parole, mi chiedo se dobbiamo pensare a una contrapposizione *tout court* tra la maternità naturale, il parto naturale e la tecnologia pensata come esproprio, o se invece non possiamo e non dobbiamo fare i conti con le tecnologie che esistono.

Le relazioni di stamattina mi sono piaciute perché mi hanno restituito una complessità di situazioni: non c'è solo inferno nell'ospedalizzazione e tutta meraviglia nel parto in casa, né viceversa, e dall'altra parte la maternità umana non è mai naturale. So che forse sto dicendo qualcosa che per qualcuna è questionabile, ma io credo che sia così. Niente dell'umano è naturale, se ci pensiamo bene, tutto è sociale. E credo che ciò che ci hanno raccontato stamattina le due relatrici vada nel senso di questa complessità.

Risposta di Tazi-Preve: Sul parto sono altre che possono parlare, non è la mia specialità. Sulla fecondazione in vitro: è vero ci sono donne che hanno avuto un bambino grazie ad essa e altrimenti non avrebbero potuto, ma la percentuale di successo è molto bassa e devono fare tanti trattamenti, sapete quanti ormoni devono prendere?

Io vedo le pubblicità sui giornali statunitensi: "Abbiamo bisogno di giovani donne per i loro ovuli freschi". Se funziona, per ciascuno danno migliaia di dollari. Ma danno anche un sacco di ormoni, devono fare delle operazioni chirurgiche importanti. Dare ovuli all'industria è contro la salute.

E poi non si dice mai perché le donne, e anche gli uomini, con tassi più alti, diventano infertili. È per le sostanze chimiche, per l'inquinamento industriale, per la chimica nel cibo. Io vivo in Florida dove usano i pesticidi come pazzi, e nelle zone agricole ci sono un sacco di tumori. Questo è quello che il sistema vuole, e che non si parli di queste cose, che non le discutiamo. Abbiamo bisogno di un grande cambiamento.

Risposta di Filippini: Volevo ringraziare Elena Laurenzi per questo intervento, perché finalmente mette in luce un aspetto che forse rischiava di essere un po' frainteso: la tecnologia in sé non è né buona né cattiva, non c'è un sì o un no: dipende dall'uso che se ne fa e da chi ne fa uso; chi è il soggetto che decide e per quale fine. Per esempio, per venire al nostro campo, io non ho nulla in contrario all'uso dell'epidurale, ma appunto dipende da chi ne decide l'impiego. In certi stati viene praticata senza neanche chiedere alla donna, e questo non va bene; ma non va bene neanche che in altri stati sia negata se una donna la chiede, o non sia data alla donna la possibilità di ricorrervi, se lo vuole, come spesso avviene in molti ospedali italiani malgrado la nuova normativa sui LEA. Lo stesso principio vale la fecondazione assistita: dipende da chi, dipende se è scelta liberamente dalla donna o è invece frutto di condizionamenti e pressioni sociali e familiari (riproposizione del ruolo tradizionale femminile). Guardiamo chi è il soggetto decisionale, che però deve essere messo in

¹⁴¹ Nella traduzione italiana: Orna Donath: *Pentirsi di essere madri. Storie di donne che tornerebbero indietro. Sociologia di un tabù*. Bollati Boringhieri 2017.

condizione di decidere attraverso un percorso di consapevolezza e conoscenza. Questo mi pare il nucleo fondamentale.

Domanda di una partecipante: Ritornando alla maternità surrogata, ho seguito un po' la polemica, e chiedo: quanto il politicamente corretto snatura il concetto di donna e di madre? Soprattutto l'ottica del politicamente corretto per rispetto alle coppie gay. Cosa ne pensa di questi nuovi nomi che si danno alle donne che poi effettivamente danno alla luce un bambino?

Replica di Tazi-Preve: Questo termine "natura"... quando le donne sentono "natura"... vuol dire qualcosa che non è naturale. Bisogna definire cosa è naturale. Mi viene sempre in mente Rousseau che parla della donna naturale e della maternità naturale e dice alle donne come essere naturali.

Replica di una partecipante: Da noi c'è un dibattito tra ostetriche non indifferente su "l'individuo che partorisce", non più la donna che partorisce. Non so se questo accade a livello internazionale. Mi domando quanto influisce questo "politicamente corretto" nel dividere le donne. Non ci fa anche questo vivere una maternità patriarcale?

Intervento di Danna: Il dibattito è effettivamente internazionale e io non parlerei di "politicamente corretto" ma di transumanesimo, che vuole questi cambiamenti verbali. Bisogna dare il nome giusto alle cose. Vogliono farti sentire in colpa perché non sei abbastanza inclusiva delle donne che si identificano come uomo, però partoriscono e quindi dicono che è stato un uomo, che è stato il padre a partorire. Questa però è una dissociazione dalla realtà. In un'ottica di rispetto per l'autodefinizione dell'altro io posso dire: "Sì, tu sei il padre del bambino", ma non in un contesto di definizione oggettiva. Gli uomini non partoriscono.

Ma la pretesa di questa ideologia transumanista è quella di togliere ogni riferimento al sesso biologico nella cultura e anche nelle leggi. Questa è una cosa molto pericolosa per le donne, intanto perché ovviamente ci cancella, perché il neutro che vige nel patriarcato è maschile. E poi perché ci sono delle leggi che tengono contro del nostro sesso, come aver fatto una gravidanza e di avere l'aspettativa sul lavoro per questo. Quando hanno detto: dovete avere la stessa età pensionabile, l'hanno alzata a noi, non l'hanno abbassata agli uomini.

La cancellazione giuridica del sesso è un altro grimaldello per farci perdere delle conquiste che abbiamo ottenuto, come i rifugi anti violenza, come anche i bagni e gli spogliatoi separati (storicamente erano comuni e le molestie erano all'ordine del giorno) o le carceri separate.

Questo rifiuto di riconoscere l'esistenza di maschi e femmine va sotto l'etichetta di transumanesimo: che cos'è? È un'ideologia che pensa che noi umani possiamo tutto. È un'affermazione della volontà umana su tutto: sul corpo, sulla natura... Hanno il simbolo H+, cioè l'umano aumentato con la tecnologia. È volontà di potenza, anzi volontà di onnipotenza: posso diventare qualunque cosa con l'ibridazione con la tecnologia. La realtà, la natura non ha più nessuna consistenza e nessuna importanza. Questa è chiaramente un'illusione pericolosa.

Relazioni delle filosofe: Marisa Forcina, Elena Laurenzi, Fina Birulés

Intervento di Filippini: Volevo fare una notazione storica a proposito del nesso che assimila la produzione alla riproduzione (filiale). Il termine "riproduzione" nasce nel secondo Settecento e si afferma per analogia con la produzione industriale. Prima non si usava "riproduzione", ma "generazione": il maschio era *arché tes généseos* (da *génésis*). "Riproduzione" comincia ad esser utilizzato nel Settecento, sull'onda appunto delle prime trasformazioni industriali, a partire da

un'assimilazione tra due sfere: produttiva e riproduttiva (come analizzato da Hopwood¹⁴²). Nello stesso periodo nascono anche gli ospedali moderni, concepiti come “fabbriche della salute” – sempre sul modello della produzione industriale – che promettono una cura migliore e una nascita più sicura: si va verso una scena del parto organizzata su modelli industriali, tayloristi, con fasi, tempi e tecniche precise e fisse.

Intervento di Loredana de Vitis: Mi sono resa conto che la fiducia che continuo a nutrire nel presente e per il futuro viene solo dalle relazioni con altre donne. Sono queste relazioni che mi hanno permesso di leggere le mie esperienze alla luce dei sottesi meccanismi patriarcali, ai quali è stato necessario resistere. Si è trattato di un'alleanza costruita nel tempo non in modo consapevole, ma a partire da una prassi: dalla pratica politica con altre donne all'esperienza stessa della maternità e anche sul lavoro, ho imparato anche a riconoscere alle altre e a me stessa l'autorità. Vedo nella filosofia la possibilità di analisi di tutto questo.

Risposta di Laurenzi: Sono d'accordo, certo. La relazione tra donne è al centro della pratica e della riflessione filosofica del femminismo contemporaneo. E tuttavia non va data per scontata, è un obiettivo, non un dato di fatto, e deve essere una prassi, una pratica. Perché la relazione tra donne corre anche il rischio dell'effetto specchio, quando si dà per presupposta l'identificazione, e questo significa cancellare la nostra pluralità. Nella relazione tra donne c'è anche invidia, c'è anche la rivalità, perché la relazione tra donne non avviene nel vuoto. Tu per esempio fai riferimento all'esperienza della maternità e alla carriera, e sono due ambiti chiaramente diversi, entrambi attraversati da relazioni di potere. Voglio dire che la alleanza tra donne è qualcosa da costruire con consapevolezza, altrimenti il conflitto diventa un rimosso che crea ancora più problemi.

Risposta di Birulés: Volevo soltanto aggiungere qualcosa al commento di Loredana. Io penso che ci siano due parole che hai detto a cui mi sembra interessante dare ulteriore contenuto: alleanza e autorità. “Alleanza”: in politica possiamo distinguere (con Arendt) tra contratto sociale e alleanza. Il cosiddetto contratto sociale è firmato tra una società e il suo governante, e consiste in un atto fittizio e immaginario mediante il quale ogni membro cede la sua forza e il suo potere, isolato da quello degli altri, per costituire un governo. Lungi dall'ottenere un nuovo potere, ogni membro della società rinuncia al suo potere reale e si limita a esprimere il proprio consenso ad essere governato. Al contrario, il contratto reciproco, mediante il quale gli individui sono legati per formare una comunità, si basa sulla reciprocità e presuppone l'uguaglianza. Il suo contenuto effettivo è una promessa e il suo risultato è certamente una società, un'alleanza. Tale alleanza accumula la forza separata dei partecipanti e li lega in una nuova struttura. Nell'alleanza si guadagna potere, non si obbedisce.

“Autorità” è un concetto che, da molti anni, è stato discusso nel femminismo italiano. Mi sembra importante ricordare che il termine “autorità” viene da latino *augere*, far crescere, aumentare. I rapporti di autorità, distinti dall'autoritarismo, sono quelli in cui chi obbedisce, ingrandisce la sua libertà, cresce. Il riconoscimento dell'autorità, in un certo senso, funge da leva per la propria azione, per un inizio.

Domanda di una partecipante: È una questione grande, forse troppo grande quella che mi è sorta ascoltandovi. Mi chiedo, cercando anche di trovare il filo tra i vari interventi, se è vero che voi ci avete proposto di guardare un paradigma che potrebbe essere diverso: dall'idea di eternità, dove non

¹⁴² Nick Hopwood: “The Keywords ‘Generation’ and ‘Reproduction’”, in Hopwood, Flemming, Kassel (a cura di) *Reproduction: Antiquity to the present Day*. Cambridge (MA): Cambridge University Press 2018.

si nasce e non si muore (ma che rimanda in qualche modo all'uccisione) all'idea di natalità. La differenza può significare sottrarci a un paradigma fallimentare, mortifero, di forza, di guerra. Quali sono gli spazi per attuare oggi questa sottrazione? Perché rispetto a qualche decennio fa gli spazi si stanno richiudendo per le donne. I vari poteri patriarcali stanno lanciando una nuova offensiva contro la maternità, basta vedere quel che succede alle donne che si separano, come vengono trattate dai tribunali. Se parlano delle violenze dell'ex marito vengono loro sottratti i figli. Ieri Tazi-Preve suggeriva di pensare un altro modo di esercitare la maternità, ma ora sembra ancora meno possibile, si va incontro a più vendette, come se ci fosse una sorta di controrivoluzione che si sta accelerando.

Risposta di Forcina: Vi dico soltanto che abbiamo dedicato una scuola estiva di tanti anni fa a questo: *Nelle controriforme del potere: donne, lavoro, politica* (Lecce: Milella 2012) con un mio saggio del medesimo titolo. Un lavoro politico per noi nelle controriforme del potere: questa è la scommessa.

Risposta di Laurenzi: Credo che la visione apocalittica non ci aiuti. Le filosofe che oggi abbiamo raccontato hanno pensato sotto il totalitarismo, in condizioni di esilio, di estrema miseria e di estremo isolamento. Ma non hanno rinunciato a pensare e a scrivere, sottraendosi tanto alla visione egemonica del potere quanto alla marginalità dell'esiliata, e con i loro testi hanno agito una differenza. Uno spazio c'è sempre, e vorrei dire che pure questa scuola è un'esperienza di sottrazione alla logica patriarcale. Che non significa costruire una comunità a parte. Qui siamo in una scuola estiva ufficialmente riconosciuta, abbiamo ottenuto un finanziamento, siamo dentro l'istituzione, è venuto il rettore a salutarci. Mi sembra più interessante questo che non la differenza affermata come un mondo altro. Comunque stiamo sottraendo potere all'egemonia del patriarcato, a un sapere che cancella il parto, la natalità e così via. Ognuno mette in gioco ciò che è nel mondo in cui nasce, nella pluralità degli esseri che lo popolano e nella "circostanza", come diceva Maria Zambrano.

Risposta di Birulés: Direi che c'è sempre la possibilità di natalità, di un nuovo inizio, cioè che ci sono sempre potenzialità politiche che sfuggono all'ordine egemonico. Oggi, il problema è che abbiamo la sensazione che tutte le sottrazioni o interruzioni di vecchie dinamiche non riescono a raggiungere una stabilità o ad avere una continuazione. Ma questo non riguarda solo il parto e la maternità: ci tocca vivere in un mondo molto accelerato e in cui dobbiamo metterci in gioco. Il pessimismo assoluto e l'ottimismo assoluto non ci aiutano a capire e ad agire oggi: perché manifestano una tale sicurezza che non può essere contraddetta da alcuna esperienza o fatto.

Pomeriggio del secondo giorno: Alessandra Battisti, Esterina Marino

Domanda: Volevo chiedere se ci sono casi di denunce fatte da donne per violenza ostetrica, in Italia o a livello internazionale, e gli esiti di queste eventuali denunce.

Risposta di Battisti: Al livello internazionale ce ne sono, ma non sempre le donne sono riuscite a far valere i loro diritti.

Domanda: La relatrice auspica che venga fatta una formazione a giudici, avvocati, operatori della giustizia per sensibilizzare a questo fenomeno. Oggi che strumenti legali ha una donna per prevenire la violenza ostetrica e che strumenti ci sono per reagire?

Risposta di Battisti: Per quanto riguarda le leggi, in Italia siamo proprio all'alba. Per fortuna abbiamo questi documenti internazionali che ci supportano.

Domanda di Filippini: Complimenti Alessandra per il vostro lavoro, che ho citato nel mio libro. La mia domanda cerca la conferma di un'intuizione. La vostra campagna "Basta tacere" riprende il nome della campagna fatta nel 1972 a Ferrara dal Movimento di lotta femminista, proprio per raccogliere testimonianze e denunce di donne sulla loro esperienza di parto, aborto, maternità. Voi avete ripreso consapevolmente questo precedente storico oppure è casuale? Nel primo caso sarebbe un bel passaggio di testimone.

Risposta di Battisti: Assolutamente sì. La campagna nasce da un'intuizione di Elena Skoko, e nasce in corrispondenza di campagne che contemporaneamente si accendevano anche in altri paesi. Noi facciamo parte di una rete internazionale, ci siamo incontrate in Belgio, ed Elena ci ha collegate ad altre campagne come "Break the silence" negli Stati Uniti. Però ha anche voluto questo collegamento storico con la campagna "Basta tacere" del 1972. I racconti di quell'anno sono completamente sovrapponibili a quelli del 2016.

Intervento di Michele Grandolfo: Volevo citare il risultato dell'indagine fatta sul percorso nascita a livello nazionale nel 2009-11 (Rapporto ISTISAN 12/39), riguardo all'effetto deleterio della prescrizione del latte artificiale alla dimissione dopo il parto. Considerando solo le donne che alla dimissione allattavano al seno in modo completo, a queste donne è stata data la prescrizione del latte artificiale nel 22% dei casi, rispetto al 29% per la generalità delle intervistate. All'intervista a tre mesi solo il 50% delle mamme che avevano ricevuto la prescrizione del latte artificiale seguiva ad allattare al seno in modo completo, rispetto al 70% di quelle che non avevano ricevuto la prescrizione. Si conferma la ragione per cui il codice internazionale condanna questa pratica. Quello della prescrizione del latte artificiale è una delle innumerevoli espressioni di interferenza della fisiologia, come l'impedimento del contatto pelle pelle immediato e prolungato e dell'attacco precoce al seno, fattori fortemente associati all'avvio dell'allattamento al seno in modo completo. In generale chi nasce ha competenza a nascere e la donna a far nascere: la costrizione alla posizione litotomica rende molto più difficile per chi nasce di impegnarsi nel canale del parto e disimpegnarsi, con importante aumento della percezione del dolore da parte della partoriente, percezione del dolore che sarebbe stata minore se ci fosse stata libertà di movimento, libertà che favorisce l'apertura del canale del parto nell'impegno e nel disimpegno. La medicalizzazione crea un problema che frequentemente comporta il ricorso al taglio cesareo, paradossalmente con la motivazione del mancato impegno della parte presentata.

Da una partecipante: Vorrei dire una cosa rispetto ai tagli cesarei. Il ricorso al taglio cesareo non è una questione di budget, non è che venissero fatti tantissimo perché i chirurghi guadagnavano di più.

Risposta di Marino: Ma c'è una differenza enorme sia nel parto che successivamente. Quando la donna partorisce col cesareo rimane all'ospedale un giorno in più.

Intervento di Grandolfo: Il parto cesareo comporta in media due giorni di degenza in più rispetto al parto vaginale. Un giorno di degenza costa 700 euro al giorno, a cui va aggiunto il costo aumentato dell'intervento con taglio cesareo, di 600 euro. Ogni cesareo quindi costa 2000 euro in più. Se a livello nazionale si passasse dall'attuale livello di tagli cesarei, attorno al 35%, almeno al 20% si libererebbero risorse per circa 150 milioni di euro. Quante ostetriche potrebbero essere assunte per garantire un maggior rispetto della fisiologia, cioè rispettare le competenze delle mamme a far

nascere e di chi nasce a nascere, più opportunamente nelle case di maternità, nelle unità “free standing” o “along side unit” o a casa, approvando leggi per il rimborso del parto a casa o in casa di maternità!

Risposta di Marino: Quella economica è una leva che ad oggi non ha portato risultati, neanche quando abbiamo proposto nel 2012 la richiesta del riconoscimento del parto a domicilio, anche lì ci sarebbe stato un risparmio.

Dopo il parto ritorna la questione economica: il costo della formula non ha paragoni con quello dell'allattamento al seno, che è anche comodo. Per esempio, quando il bambino allatta la notte (ed è necessario che lo faccia) non è necessario alzarsi per scaldare il latte e quant'altro.

Quando la donna esce dall'ospedale con una prescrizione medica per la formula di latte artificiale, al primo problema è portata a seguire quello che ha scritto il medico, anche se oggettivamente il bambino non ne avrebbe bisogno. È una sottomissione psicologica.

Intervento di Grandolfo: Arrivano stravolgenti indicazioni in seguito a ricerche che mostrano uno sviluppo polmonare dei bambini allattati al seno molto migliore di quello di coloro che sono allattati col biberon. Ciò è dovuto al maggior sforzo compiuto dagli allattati al seno. Così vogliono fare un ciuccio che assomigli al capezzolo, mostrando una deformazione mentale profonda perché ragionevolezza vorrebbe invece un maggior sostegno dell'allattamento al seno.

C'è un altro dato che viene da tutte le ricerche che abbiamo condotto dal 2002 a oggi, comprese quelle condotte recentemente a Bari nel 2015, a Lecce nel 2017 e a Taranto: l'80% delle donne dichiara di gradire una visita domiciliare dopo il parto. Quando si parla del sostegno di comunità, certo è importante, ma in realtà le donne gradirebbero la visita domiciliare di un'ostetrica del consultorio familiare. Questa richiesta, omogenea a livello nazionale e ancora maggiore nei distretti dove la visita domiciliare è offerta a tutte le puerpere, conferma la potenziale accoglienza della raccomandazione in tal senso del Progetto Obiettivo Materno Infantile, varato nel 2000 e inserito nei LEA del 2002.

Intervento di Marino: Sullo sforzo mi piace aggiungere un'altra cosa. Spesso si pensa: allattare al seno è naturale, normale, sicuramente non avrò problemi, e se ne ho è perché io non ho latte. Certo, allattare è semplice ma non per tutte è facile, i problemi possono esserci. l'importante è avere qualcuno intorno che ti sostiene e ti aiuta a superare quel problema. Se poi il problema non si supera allora si può passare all'allattamento con formula. Ma l'ideale dovrebbe essere allattare il più possibile al seno, sempre nel rispetto di ciò che la madre vuole. Non siamo qui a dire che tutte devono seguire una linea maestra.

È giusto il rispetto di ciò che vuole la madre, di ciò che vuole la famiglia, però sempre nella consapevolezza, altrimenti non è una scelta, è una finta libertà.

Intervento di una partecipante: Noi abbiamo fatto tutto sole o con l'aiuto di pari. Abbiamo dovuto riscoprire questa nostra capacità, perché le nostre madri non ci hanno potute aiutare dal momento che non ci hanno allattate al seno. È andato perduto il sapere della comunità.

Intervento di Grandolfo: Questo è un elemento essenziale. La medicalizzazione non è stata una cattiveria medica. Era un'ipotesi che poi si è rivelata completamente fallace: che con la medicalizzazione si garantissero migliori esiti di salute.

La ricerca scientifica internazionale, già dal 1985 (poi confermata da tutte le altre ricerche più recenti) ha messo in evidenza che la medicalizzazione è salvavita nei casi particolari, ma quando è applicata generalmente produce più danni. La questione ora è che c'è una resistenza a tornare indietro, perché quando si è abituati ad agire in un certo modo poi si ha paura di non riuscire.

Si proietta nella popolazione l'idea che il latte artificiale è migliore del latte di mamma. Ma il latte materno ha sapori diversi, è condizionato da quello che mangia la mamma. Andare poi a dire che la mamma non deve mangiare certe cose è una follia. Si dà il colpo di grazia alla possibilità di sperimentare sapori diversi per chi nasce. Si instaura un'abitudine all'uniformità invece della diversificazione.

L'autosvezzamento poi è essenziale per lo sviluppo delle competenze di chi è nato.

Intervento di Marino: L'esperienza che arriva dalle madri conferma quanto dici: quando un bambino è allattato al seno ha poi meno problemi a mangiare, e mangia di tutto. Spesso è lui che a tavola esprime il desiderio di assaggiare dal piatto dei genitori. Spesso le madri dicono: inizio con la papina però il bambino me la sputa e mangia i maccheroni dal mio piatto.

Domanda di Tiziana Bassi: In relazione al diritto delle donne ad allattare parlo della mia esperienza: stavo per essere denunciata ai servizi sociali perché mio figlio l'ho allattato esclusivamente per 15 mesi. La pediatra mi avrebbe denunciata.

L'autorità che voleva impormi la dottoressa era che lei sapeva e io no, ma io ho una conoscenza naturale, sapevo che facevo il meglio, e soprattutto soddisfacevo le esigenze del bambino.

Noi di Rinascere al naturale raccogliamo queste testimonianze di donne che sono redarguite dal pediatra, dal ginecologo, che addirittura dicono che un bambino allattato a lungo è un bambino che sarà deviato, malato, che l'attaccamento orale al seno è una cosa sporca.

Come evitare di venire giudicate come perverse perché si allatta, in particolare sui social?

Risposta di Marino: È una cosa sempre molto scivolosa. Nel nostro gruppo sui social ci sono solo poche persone, con racconti intimi, c'è un contatto diretto o in Cerchi sul territorio. Appena sarà possibile li riprenderemo perché è difficile nell'ambito social riuscire a gestire la relazione.

Risposta di Grandolfo: L'allattamento al seno prolungato è un fattore protettivo del tumore del seno e inibisce la ripresa del fumo di sigaretta per chi fumava prima della gravidanza.

Mattinata del terzo giorno: prima parte con Elena Skoko

Domanda di Danna a Skoko: L'OMS, dici, anche nell'occasione dell'emergenza Covid-19, ha dichiarato che bisogna rispettare le donne, le loro gravidanze, i loro parti. Io volevo chiederti questo, proprio dal punto di vista dell'attivismo: voi fate molto riferimento all'OMS, l'ha detto ieri anche Alessandra Battisti, anche altre l'hanno citata. Si fa riferimento a questa entità che da una parte spende moltissime parole per noi, ascolta, modifica le proprie linee guida in risposta ai movimenti delle donne. Dall'altra però ha dichiarato una pandemia di Covid-19 che ha portato agli arresti domiciliari metà della popolazione mondiale, con una spinta fortissima verso la digitalizzazione di ogni cosa anche in paesi poveri come l'India, dove Arundhati Roy ha chiesto una commissione d'inchiesta internazionale perché vengano condannati i colpevoli di tutto quello che è successo in India a causa del lockdown¹⁴³. Si è dichiarata la pandemia, attenzione, non basandosi sul numero di morti o sulla gravità di questo virus, ma sul numero di paesi in cui il virus era presente: questa è la definizione di pandemia. E già stiamo giocando con le parole, perché "pandemia", "epidemia" evocano delle stragi, evocano la peste, evocano una situazione di pericolo

¹⁴³ Arundhati Roy: "After the lockdown, we need a reckoning", *Financial Times* 23.5.2020, <https://www.ft.com/content/442546c6-9c10-11ea-adb1-529f96d8a00b>, tradotto come "Il distanziamento degli intoccabili" da *Internazionale*, <https://www.internazionale.it/opinione/arundhati-roy/2020/06/06/india-coronavirus-distanziamento-intoccabili>.

che non è esattamente quello che abbiamo visto, perché le persone morte con il virus della Covid-19 avevano un'età media di 80 anni, erano prevalentemente uomini con un sacco di patologie, e in Italia l'età media di sopravvivenza maschile è 81 anni.

Dal punto di vista di attivista, come è possibile fare così tanto riferimento all'OMS in questo momento in cui il suo primo finanziatore è Bill Gates – cioè la fondazione Melinda e Bill Gates – che è il fondatore della Microsoft, che ha fatto un sacco di soldi con la digitalizzazione di questi ultimi mesi. Le cifre non me le ricordo, ma sono pubbliche. In che posizione ci mettiamo come donne attiviste per i diritti delle donne davanti a una organizzazione che da una parte mostra questa faccia molto buona e dall'altra si sta facendo portatrice di una trasformazione del mondo in una direzione che non mi sembra particolarmente adatta alle donne, né agli uomini?

Risposta di Skoko: L'argomento è molto complesso, come hai esposto. Tra madri attiviste si cerca, come fanno tutte le madri, di massimizzare le risorse, di minimizzare la fatica, quindi nella complessità si cerca ciò che funziona di più. In questo momento è l'OMS, che dobbiamo immaginare come un blob, non sempre centralizzato, e quindi il dipartimento che si occupa di maternità e nascita non è detto che concordi con le decisioni prese a livello centrale. Questo dipartimento non ha nessuna influenza sulla dichiarazione di pandemia. Poi si corre ai ripari, che è quello che fanno anche le madri. A livello teorico noi possiamo discutere quanto vogliamo, ma a livello pratico cosa dobbiamo fare? E quali sono le voci autorevoli che possiamo chiamare? Dov'è la mamma? Perché le nostre istituzioni che impattano direttamente sui nostri corpi non ascoltano. In ambito sanitario la voce autorevole a livello internazionale è l'OMS.

Intervento di Grandolfo: Riguardo la credibilità dell'OMS: dobbiamo considerarla dal punto di vista operativo. Per quanto riguarda la nascita, e per esempio un altro argomento molto delicato come l'interruzione volontaria di gravidanza, l'OMS ha prodotto dei documenti molto articolati che sono redatti sulla base di un'analisi rigorosa della letteratura scientifica. Quindi da questo punto di vista l'OMS è rispettabile perché fa riferimento a una seria analisi della letteratura scientifica. Se su altri argomenti non rispetta tale modalità ciò non riduce la credibilità riguardo il percorso nascita o l'aborto. L'autorevolezza delle istituzioni non dipende da considerazioni ideologiche ma su formulazioni di raccomandazioni fondate sulle evidenze scientifiche. La letteratura scientifica sulla nascita ha focalizzato le questioni cruciali almeno dal 1985. Stiamo parlando di qualcosa relativo a più di trent'anni fa. Tutta la ricerca successiva non ha fatto altro che confermare quelle acquisizioni. Dalle nostre indagini risulta che la manovra di Kristeller è raramente registrata in cartella clinica. In tutte le indagini sul percorso nascita che ho condotto sono state intervistate donne dopo il parto e, quasi sempre nei mesi successivi. È l'unica possibilità per acquisire in modo scientifico le opinioni, le sensazioni, i giudizi sull'esperienza vissuta, sui problemi e sulla condizione di salute percepita. A intervistare le donne sono state quasi sempre ostetriche o studentesse ostetriche, opportunamente addestrate a eseguire le interviste. Quando si analizza il percorso nascita a partire dalle schede di dimissione ospedaliera (SDO) o dai certificati di assistenza al parto (Cedap) ovviamente non si hanno informazioni sui vissuti delle donne. Peraltro tali documenti sono compilati dal personale di assistenza e non sempre in modo completo. Ho potuto verificare che le donne sono assolutamente affidabili nel descrivere i fatti. Per le intervistatrici credo si tratti di una esperienza formativa unica: perché l'intervista sia valida è necessario che si instauri una comunicazione basata sul rispetto.

Molte delle indagini che abbiamo condotto nell'ambito delle attività svolte sul percorso nascita presso l'Istituto Superiore di Sanità sono state pubblicate nei rapporti ISTISAN e in pubblicazioni scientifiche e, sulla base di tali pubblicazioni, la raccomandazione riguardo la partecipazione agli incontri di accompagnamento alla nascita è presente nelle linee guida nazionali sulla gravidanza fisiologica e, conseguentemente, nei Livelli essenziali di assistenza (LEA).

Risposta di Skoko: Ringrazio Michele Grandolfo, un grande attivista scientifico all'interno dell'ISS, che ha influenzato politiche e legislazioni. Purtroppo questa sua attività si è fermata nel 2010 e da allora le donne non sono state incluse nelle ricerche: lui è andato in pensione. Quindi è una questione di persone, perché anche in ambito scientifico ci sono delle persone che si adoperano per produrre dei dati fare dell'attivismo *evidence-based*, e certamente qualcun altro può ritenere scomodi questi dati e quelle persone.

Da una partecipante: La mia non è una domanda è più un'espressione di frustrazione, per il rapporto che i medici hanno con le donne. Quando entriamo in uno studio medico, sembra che dobbiamo essere grate... Ma noi siamo i clienti, noi li paghiamo attraverso le tasse, sono un servizio pubblico, e nostro. E quando andiamo da un medico privato lo paghiamo. Ma quando facciamo domande le mettono da parte, e invece sentiamo che abbiamo utilizzato qualcosa che non è nostro, e dobbiamo avere le risposte giuste, complete e soddisfacenti, in modo da poter decidere per noi stesse. Io mi arrabbio moltissimo a sentire queste donne che sembra che abbiano disturbato il medico, quando il medico è come chiunque altro lavori per qualsiasi altro servizio pubblico. Accettiamo i loro silenzi invece di dire io vorrei capire che cosa succede, voglio sapere tutte le cose che mi proponete, poi io decido. Dobbiamo cambiare questo approccio. Avere rispetto per il medico non significa subire quello che fanno, il rispetto è una strada doppia, non a senso unico.

Risposta di Skoko: È la questione cruciale dell'attivismo, che andrebbe fatto da ogni singola donna. Si chiama empowerment, rafforzamento delle proprie competenze, dei diritti, della voce. I nostri diritti senza la nostra voce sono solo carta. È una specie di educazione all'empowerment che io provo a fare sia a livello personale e sui social sia a livello istituzionale, per dare stimolo alle donne, per dare una motivazione e degli strumenti. A volte ci si riesce a volte no. La consapevolezza del proprio potere porta a non essere in soggezione al potere del medico. La donna può accettare questa sottomissione oppure porsi come soggetto alla pari del medico, del resto si tratta del suo corpo. Dal punto di vista economico, in situazioni di mercato, la donna che si rivolge al medico è una cliente, in questo senso può benissimo dire: io ti pago e mi aspetto delle risposte, delle opzioni, non degli ordini. Si deve cambiare l'attitudine, la consapevolezza di ogni singola donna.

Domanda di Bassi: Ti faccio una domanda sperando che questa volta non usi il tuo solito essere diplomatica. Elena è una ricercatrice, una donna che legge tantissimo, conosce la storia del patriarcato, il femminismo, non è soltanto una madre. Vorrei chiederti perché a un certo punto il femminismo è diventato da una parte totalmente filosofico e dall'altra quando parla una madre pare che stia parlando la serva della gleba nonostante le conoscenze che ha acquisito. Una madre è una donna con una cultura, che magari ha fatto l'università. Perché da madri non riusciamo a trovare alleate, siamo considerate sempliciotte nella politica, nella cultura e nell'ambiente femminista? E perché secondo te la politica femminile non riesce mai a rompere le uova nel paniere nella politica, che dovrebbe essere per tutti, come si diceva in questi giorni e alla fine invece va sempre e solo in un senso, cioè quello del patriarcato? Spero che tu possa essere schietta.

Risposta di Skoko: È un grosso cruccio anche per me quando cerco di coinvolgere anche altre linee del femminismo e della politica femminile. Non ho una risposta precisa. Penso che in alcune regioni del mondo il femminismo che ha avuto la meglio nella politica non era il femminismo che considerava gli aspetti positivi della maternità ma quello che ha considerato la maternità come un ostacolo concentrandosi sul lavoro. Sappiamo che aver figli non è tanto compatibile con il lavoro. Il femminismo italiano a un certo punto, anche se aveva la componente materna, l'attenzione al lavoro di cura, il lavoro di riproduzione delle donne, ha eliminato i corpi. Quelle che hanno vinto

erano quelle che non si sono occupate della maternità, le altre hanno perso e se ne sono andate, al contrario dell'America latina.

Mattinata del terzo giorno: seconda parte con Pina Nuzzo e Daiana Foppa

Domanda di de Vitis: Volevo partire da un'esperienza personale, dal mio parto cesareo. Io ho avuto un figlio con un parto cesareo programmato da tempo per un problema di salute che non aveva a che fare con la gravidanza. Io ho cercato di informarmi molto sul cesareo per capire cosa avrei vissuto. La cosa che ho notato è che c'è proprio una resistenza dei medici a farti capire le cose. Ti guardano come se fossi pazza perché tu chiedi le cose. Io ho cercato e trovato il medico chirurgo del cesareo sulla base della fiducia che avevo per lui: per me era la persona migliore tra quelli in servizio, e il giorno prima del cesareo gli chiedo: mi dici come mi operi? E lui: ma perché lo vuoi sapere? Ma mi tagli a me! Dimmi cosa mi succede!

Poi ricordo questa scena che purtroppo è come dici tu, mio figlio è stato con me un momento ma poi l'hanno portato via per i controlli ecc. Io ho chiamato mio figlio e lui rispondeva a suo modo, e tutti: l'ha riconosciuta?! Ma va, com'è che mi ha riconosciuta? [*ironica*]

Poi è iniziata una tragedia per l'allattamento e ho deciso che diventerò un attivista perché è stata tragica: non c'era conoscenza di ciò che invece avevo letto rispetto all'allattamento.

Anche sul cesareo forse ci sarebbe un po' da lavorare: ho allattato per 28 mesi dopo il cesareo ed è stata una guerra contro i medici perché: dovevano fare la tac col contrasto e nessuno sapeva dirmi che contrasto avevano usato, se aveva delle conseguenze... Io non capivo cosa potevo fare e cosa no perché neanche loro sapevano dirmelo. Si può fare qualcosa anche per questa situazione che per carità non è fisiologica ma a volte necessaria?

Domanda: A Pina Nuzzo volevo dire che mi stavo quasi per mettere a piangere durante il suo intervento. L'ho trovato commovente e incredibile. Mi sono molto riconosciuta per la prima volta nella storia di chi non fa figli per non darli al patriarcato. Io sono madre di una ragazza di 17 anni, però da giovane donna mi immaginavo madre di più figli, e in seguito alla lettura di quella testimonianza mi sono resa conto che uno dei motivi per cui mi sono fermata (oltre ad aver avuto un parto molto traumatico e un'assistenza post parto inesistente), forse è stata anche una inconsapevole consapevolezza che non ero nel pieno delle mie potenzialità di donna, di madre, che quindi quel figlio non sarebbe stato mio.

Rispetto alla violenza durante la gravidanza, io non so se è stato evidenziato anche questo aspetto però sono convinta che la violenza ostetrica o comunque la violenza che la donna subisce in gravidanza sia molto assimilabile alla violenza di tipo sessuale. Partorire e allattare attengono alla sfera sessuale.

Volevo sapere se si può chiedere il lotus negli ospedali italiani. Infine una domanda un po' provocatoria sul rapporto tra doule e ostetriche: perché non si riesce a trovare uno spazio di collaborazione? Qual è la strada per una collaborazione?

Risposta di Nuzzo: Faccio io un'altra domanda: qual è il femminismo che si riconosce? Se andate sul mio blog *Laboratorio donnae*, vedete che dal 2012 scrivo di Gpa, ma io non sono riconosciuta se non da un gruppo di donne. Allora qual è il femminismo che oggi ha l'egemonia, e che detta anche in che relazione ci si mette in rapporto con il potere?

Il femminismo che oggi ha l'egemonia è il femminismo che affianca alcune parti politiche, non voglio neanche dire "partiti". E questa mancanza di reale autonomia del femminismo occulta quello che effettivamente oggi c'è nel nostro paese: ma se si vuole veramente guardare ci si renderà conto che c'è anche altro. È difficile per me immaginare oggi luoghi separati. Ci vogliono luoghi fisici

dove le donne si incontrano, che oggi sono queste associazioni, ma secondo me bisogna fare un passo più in là, trovare una dimensione senza necessità di nessun servizio, di nessun tema proprio, solo per incontrarsi. Io credo che questo sia necessario alla politica delle donne.

Oppure riconoscere che il femminismo non è solo quello che ha una certa egemonia, che scende in piazza l'8 marzo per fare uno sciopero che non si sa bene per chi e contro chi sia. L'ultimo 8 marzo ho detto che le uniche che dovrebbero scioperare sono le badanti e le donne che vengono dall'estero ad avere cura di noi, dei nostri anziani e dei nostri bambini. Che senso ha scioperare noi oggi?

Bisogna anche essere più centrate su noi stesse e sapere che possiamo rinominare il femminismo.

Risposta di Foppa: Sicuramente il cesareo oggi viene vissuto come un intervento banale, sicuro, quasi più sicuro che non il parto, che mentalmente è sempre un evento non controllabile. Il cesareo lo programmo, lo organizzo e quindi lo controllo. Una grave pecca del cesareo è farlo troppo precocemente. Le linee guida dell'ISS parlano molto chiaro: non andrebbero mai fatti prima di 39 settimane compiute. Succede che li fanno prima, molto spesso anche senza motivazioni e così devono dare farmaci alle madri per far maturare i polmoni dei bambini. Abbiamo tanti bambini che finiscono in terapia intensiva perché era troppo presto per nascere. Le donne vengono in genere informate troppo poco perché: io medico so quello che è meglio per te donna. Non si mettono mai allo stesso livello di quella donna che è esperta della sua gravidanza e di suo figlio, per darle la possibilità di trovare la risposta che serve. Questo lo diceva sempre il mio primario di Vipiteno, e noi assistevamo anche parti podalici spontanei. Diceva sempre: se noi rispettiamo le donne e i padri (o comunque chi c'è con la donna), se li mettiamo allo stesso livello, se trovano apertura e risposta onesta a qualsiasi domanda, noi non dobbiamo mai temere le denunce. La paura delle sequele legali è sicuramente una delle motivazioni più forti che fanno agire gli operatori come stanno agendo in molti posti, chiudendosi e non condividendo, piuttosto che aspettare.

Invece se la donna è quella che decide insieme all'operatore, se c'è una condivisione della scelta terapeutica, allora non c'è rischio. Se poteva decidere pure lei, la donna non sente come violenza un cesareo persino se non è indicato.

Il lotus: so che alcune strutture permettono alle donne di portare la placenta a casa. C'è l'associazione Lotus Italia che mette a disposizione i moduli per richiederla, poi c'è l'associazione Cordin che pure lo sostiene. Le strutture dicono: non si può perché la placenta è un rifiuto organico e quindi va incenerito. Ma se io non permetto che taglino il cordone, la placenta fa parte del mio bambino, che rifiuto è quindi? Io porto a casa il mio bambino e la mia placenta (poi il cordone si secca e si stacca). Ti dicono: vai a partorire da un'altra parte. Se vuoi fare questo partorisci a casa, qui siamo a casa mia. Qualcuna ha detto: in realtà paghiamo tutto, è casa nostra, ma l'atteggiamento è questo, è difficile trovare dove farlo tranquillamente. Però si trova.

Domanda: In ginecologia il rapporto tra medici e ostetriche è una percentuale stabilita o è casuale?

Risposta di Foppa: Non so se ci sono proprio percentuali stabilite. L'unica sarebbe partire da quanti parti si fanno all'anno: servono tot ostetriche, servono all'ambulatorio, al consultorio familiare, alla degenza, e servirebbero anche al nido. Diciamo che è un grande problema perché ci si suddivide tra tante categorie. Invece di riconoscere nell'ostetrica la figura competente per entrambi, la donna è del ginecologo e il bambino è del pediatra.

Intervento di Grandolfo: L'ostetrica in quanto esperta della fisiologia è anche l'unica in grado di riconoscere precocemente la deviazione dalla fisiologia per cui se manca l'ostetrica è più facile che l'insorgenza di una patologia non venga gestita tempestivamente.

Una piccola riflessione sul linguaggio: "ospedali amici dei bambini", è come se le procedure raccomandate per sostenere l'allattamento al seno fossero un'opzione e non una obbligazione

professionale. Allora gli altri ospedali che cosa sono, *nemici* dei bambini? E poi sui tempi: la medicalizzazione considera tempi standardizzati e vuole costringere le donne a configurarsi secondo i tempi medi, privilegiando una logica di algoritmi e mortificando la valutazione clinica. Da tutte le nostre indagini il contatto pelle a pelle anche di pochi minuti comunque rappresenta un vantaggio rispetto a non farlo nel sostegno dell'allattamento al seno in quanto tra l'altro favorisce l'attacco precoce. Figuriamoci quanto sarebbe meglio favorire un contatto pelle a pelle immediato e prolungato: una recente ricerca evidenzia l'importanza del contatto pelle a pelle e attacco precoce al seno come fattore protettivo dell'emorragia *post partum*.

Domanda: Ho apprezzato moltissimo la frase: “La gravidanza è il momento di massima espressione della salute della donna”, perché il più delle volte è considerata una malattia. Io sono incinta e la cosa che più frequentemente mi succede è che si pensi che avvenga per sbaglio, che sia un incidente di percorso, è come se ormai sia una cosa anomala, no?

Il parto in casa è quella che emotivamente sembra essere la soluzione migliore, ma la paura riguarda le complicanze del parto e la situazione in casa. Che posizione prendere?

Intervento di Filippini: In realtà quando parliamo oggi di medici in sala parto parliamo largamente di donne. C'è stato negli ultimi decenni un forte processo di femminilizzazione della medicina. Detto questo, non è che essere donna per di sé garantisca di essere “amica delle donne”, e questo vale anche per le ostetriche, altrimenti ricadiamo in una specie di mistica, di immagine idealizzata. Non è così, non era così nel passato e non è così neanche nel presente.

Venendo alla relazione di Daiana Foppa che ci presenta questo modo diverso di partorire voglio dire che questa è stata anche la mia direzione. Io e il padre di mio figlio (che era il ginecologo) abbiamo seguito attivamente a questa corrente innovativa per un parto umanizzato, “per una nascita senza violenza”, come diceva Leboyer, partecipando fin dagli anni '70 a meeting e convegni in Francia, dove si sperimentavano queste diverse modalità nel parto: dalla *clinique de Lillas* o a Pithiviers con Michel Odent. Sono dunque molto convinta dell'importanza di queste nuove pratiche. E tuttavia c'è un pericolo che va segnalato: questo non deve diventare una nuova normatività, una nuova ideologia. All'interno dell'arcipelago che sostiene il parto naturale ci sono correnti ideologiche che, in realtà, sono impositive e che finiscono per andare contro (seppur implicitamente) alla libera scelta delle donne. Se una donna vuole partorire col parto in epidurale, va rispettata. Non è stata la mia scelta, però dico: siccome il parto è tuo e lo gestisci tu, sei tu che devi scegliere dove e come. Se una donna decide che vuole il parto in analgesia, deve poterlo fare. In Italia è sorta un'associazione di giovani donne che si sono battute per questo: l'AIPA (Associazione italiana parto in analgesia) fondata da Paola Vanovaz, che ha fatto una grossa battaglia anche a livello parlamentare, per ottenere l'inserimento dell'epidurale nei LEA (visto il divario di applicazione tra Italia ed altri paesi europei). Ma quando Livia Turco, da ministro della Sanità, ha inserito questa proposta nel suo progetto di legge, nel 2008, si è vista contestata da associazioni di ostetriche e altri gruppi di donne in nome della lotta alla medicalizzazione. Dunque donne contro donne: questo non va bene, perché deve esserci libertà di scelta e rispetto della partoriente in tutte e due le direzioni, altrimenti ricadiamo in un nuovo disciplinamento, non in un percorso di libertà femminile. È quanto è stato acutamente analizzato dalle filosofe Simona Forti e Olivia Guaraldo, a proposito dell'allattamento al seno e dell'associazione *Leche League*¹⁴⁴.

¹⁴⁴ Simona Forti e Olivia Guaraldo: “Rinforzare la specie. Il corpo femminile tra biopolitica e religione materna”, in *Filosofia politica*, XX, 1, 2006, pp. 57-76.

Intervento di Bassi: Il messaggio che ieri è stato portato da una cofondatrice di Rinascere, Esterina Marino, è che la libera scelta è importante. Noi non siamo delle estremiste del parto naturale. Ma in Puglia noi non riusciamo a far sì che la politica si interessi all'assistenza al parto.

Io ho tentato nel mio piccolo di parlare con chiunque e non ho raccolto nessun interesse di nessuna parte politica. Come possiamo fare per far sì che le donne che sono in politica possano combattere nuovamente quelle lotte che sono rimaste in sospeso?

Intervento di Birulés: Il discorso di Pina Nuzzo mi è sembrato molto interessante e lucido ma c'è un tema che è apparso, che è il fatto che le giovani, i giovani hanno un pesantissimo bagaglio. Questo è molto interessante. La gente giovane arriva, nasce in un mondo che c'era già prima e che sempre si vive come vecchio, per rivoluzionario che sia stato.

La tentazione di cominciare da capo, di non riconoscere quello che c'è stato prima mi sembra che l'abbiamo vissuta noi da giovani, come qualsiasi generazione. Oggi il modo è cambiato molto, non solo tecnicamente in rapporto alla riproduzione e al partorire, ma alle tecniche in generale, e per quello che abbiamo nominato neoliberalismo. La domanda è: come si fa a ereditare tutto questo pesante bagaglio? Sempre si eredita qualche cosa che si può ampliare o gestirsela in qualche modo che dia continuità, ma si può non volerla per niente. Chi riceve l'eredità ne farà quello che vuole.

Risposta di Nuzzo: Io volutamente ho parlato di giovani e ho creato nel discorso questa separazione generazionale anche se ci sono donne che si avvicinano al femminismo indipendentemente dall'età. Se voglio fare politica devo mettermi in una posizione di ascolto e non di giudizio rispetto all'altra, ma non è che lo devo dire, lo devo proprio agire e per agirlo mi devo anche mettere nella situazione di farmi attraversare. Ci sono delle cose sulle quali io non arretro, che sono il separatismo, l'autonomia, ma non è quello che io metto immediatamente in gioco. Quello che metto in gioco è un'empatia: ascoltare l'altra e capire che cosa ha prodotto.

Mi sono resa conto che la nostra generazione, indipendentemente dal fatto se abbiamo avuto o no figli, è la prima generazione nella storia in cui la madre carnale può coincidere con la madre simbolica, con il femminismo. Questo genera un doppio confronto. Non voglio dire conflitto ma confronto. Però nei femminismi in Italia c'è un doppio rifiuto, per cui se Muraro dice alcune cose rispetto all'aborto come diritto o non diritto (non entro nel merito), non si apre un confronto ma viene immediatamente zittita, come io mi sono sentita dire: taci tu che non hai più un utero fertile.

Ora noi dobbiamo capire che dobbiamo superare queste modalità, e le si supera anche uscendo dai social. Questo è l'altro problema, è creare situazioni di confronto in cui io mi faccio vedere, mi metto in gioco e ci parliamo. E poi potete dirmi: guarda che hai sbagliato, non sono d'accordo, ma per fare questo bisogna avere luoghi fisici per il confronto. Senza questi luoghi fisici e quindi la costruzione di un linguaggio comune che corrisponde alle donne che stanno in questo mondo qui ed ora, non si parla con le donne che hanno potere, perché per smuovere il potere... Che siano donne o no – e qui ha ragione Filippini – il fatto che ci siano più donne in politica non significa che automaticamente ci sia una politica dalla parte delle donne. Se noi non costruiamo un sapere e una interlocuzione tra le donne nel senso comune, “le donne normali” si diceva una volta, non si riuscirà a spostare nulla rispetto al potere. C'è da fare un lavoro che è quello, come si diceva una volta, di tornare nei territori, di fare le scuole, come abbiamo fatto la scuola politica dell'Udi, creando situazioni in cui ci parliamo. Sembra poco, sembra piccolo, ma non c'è un'altra strada secondo me.

Un'ultima cosa: ha ragione chi dice che alla violenza durante la gravidanza e alla violenza domestica fa da sfondo una violenza istituzionale perché si sostengono. Se oggi si possono togliere i figli alle madri, se basta una legge per farlo, è perché il privato, quello che ha potere, chi può, si fa sostenere dallo stato. Oggi ho letto che Parolisi che ha ammazzato la moglie può parlare con la figlia per telefono mentre una Ginevra Amerighi da 10 anni non ci può parlare perché ha denunciato il marito per violenza. la figlia gliel'hanno tolta. Quindi è vero che oggi c'è un risentimento nei

confronti della libertà femminile che ci siamo conquistate e della consapevolezza di noi stesse che è più forte, e non possiamo lasciare sole le donne che patiscono situazioni gravi, violente, terribili da parte delle istituzioni.

Risposta di Foppa: Io vorrei rispondere al fatto della lotta idealizzata per quanto riguarda il parto di un certo tipo. Io non sono assolutamente d'accordo perché non è un discorso di ideale, ma di rispetto dei diritti. Vorrei sottolineare che dove ho lavorato, in Alto Adige, come ci sono le vasche per partorire in ogni ospedale, dappertutto si può fare l'epidurale. Non è che proporre e offrire alle donne dei metodi di contenimento alternativo per il dolore impedisce il fatto di poter fruire comunque di metodi medici, di farmaci.

Quello che però possiamo sicuramente dire è che le donne richiedono meno epidurali e fanno meno la scelta del cesareo laddove il travaglio, il parto vengono rispettati. Possiamo discutere sul termine "parto naturale", ma "parto rispettato" è un termine che dovrebbe valere per ogni donna per qualsiasi parto, sia con ventosa che cesareo che epidurale.

Sicuramente ogni donna che ha il sostegno, l'empatia, l'aiuto, ha il compagno o la persona che vuole lei vicino, può entrare in vasca se le fa piacere, uscire se le fa piacere, poi rientrare, che può decidere lei cosa vuole, non entra in questo stato di tensione, di contrattura e quindi ha bisogno molto meno di epidurali e di altri interventi. Questo è un dato di fatto, non ha a che fare assolutamente con lotte idealizzate. Quello che portiamo avanti è il rispetto dei diritti delle donne e dei neonati.

Doule e ostetriche... Io amo le doule! Io vado d'accordo con moltissime doule in tutta Italia, mi piacciono. È nato un problema sicuramente perché in realtà le ostetriche non hanno il ruolo che dovrebbero avere, si sentono già messe da parte dai medici, quindi vedere poi altre figure che emergono probabilmente a molte ha creato questo fastidio. In realtà le doule non ci tolgono assolutamente niente, le doule accompagnano le donne, le sostengono, anzi spesso sono le doule che dicono alla donna: senti ma non andare dal ginecologo, vai dall'ostetrica. Ben vengano tante doule ovunque.

Il parto in casa è una realtà che in molte regioni viene riconosciuto: ci sono leggi, ci sono rimborsi. Qui in Puglia abbiamo tre proposte di legge che Rinascere al naturale sta portando avanti da tanti anni. Per quanto riguarda la sicurezza, noi siamo tutte addestrate, tutte allenate per intervenire quando serve. Io sono più addestrata adesso che lavoro in libera professione che non in ospedale, dove tanto chiamavi qualcun altro. Quello che è importante sapere è comunque che molti degli eventi avversi in ostetricia sono creati da interventi che in casa noi non facciamo. Noi visitiamo le donne poco e non rompiamo le membrane, mai. Non mettiamo farmaci per accelerare. Non si fa niente che potrebbe portare a sofferenza e stress nel bambino, quindi anche la percentuale delle complicanze si riduce veramente al minimo. I trasferimenti da casa all'ospedale che facciamo di solito non sono urgenti. Andiamo tranquillamente con la macchina perché a un certo punto è meglio; le membrane sono rotte da tanto tempo, c'è qualche dubbio, e quindi ovviamente ci si sposta in struttura. Quello che sarebbe ideale è un'ottima collaborazione tra strutture e libera professionista, anche questa è una cosa che in Alto Adige funzionava molto bene. Qui mi è capitato di chiamare l'ospedale: io sto accompagnando una donna, va bene se avviso quando entra in travaglio? No, non serve. Ma se c'è qualcosa e poi ve la porto non vi conviene saperlo? No, a noi non interessa. Ma parliamo sempre di garantire al massimo alle donne la sicurezza, non deve essere una concorrenza tra chi lavora dentro e fuori dall'ospedale.

Sulla mia pagina fb trovate un'intervista che abbiamo fatto pochi giorni fa con la collega Rosaria Santoro dove si parla proprio del parto in casa, senza perdere troppo tempo adesso.

Pomeriggio del terzo giorno: Stella D'Arpe e Daniela Danna

Intervento di Grandolfo: Ho ascoltato con molto piacere la relazione sull'epidemiologia dell'interruzione volontaria di gravidanza, accurata ed esauriente, rende onore a chi, Simonetta Tosi, ha creato il sistema di sorveglianza epidemiologica presso l'Istituto Superiore di Sanità. Simonetta Tosi, ricercatrice del CNR che ha collaborato con Rita Levi Montalcini, è stata fondatrice di uno dei più famosi consultori femministi autogestiti, quello nel quartiere San Lorenzo a Roma. Dopo il varo della legge 194/78 chiese ospitalità all'Istituto Superiore di Sanità per realizzare il sistema di sorveglianza sulle IVG e impostare il coordinamento nazionale dei consultori familiari pubblici. Venne a lavorare con la sua borsista, Angela Spinelli, nel reparto che dirigevo del Laboratorio di Epidemiologia. Iniziammo una intensa collaborazione realizzando il sistema di sorveglianza rapido in collaborazione con le regioni e il ministero. Purtroppo Simonetta è venuta a mancare nel 1984 e con Angela abbiamo proseguito il lavoro da lei iniziato. Grazie a tale sistema da allora e ancora oggi l'Istituto raccoglie ed elabora i dati, anche in collaborazione con l'ISTAT, e predispone le bozze delle relazioni annuali che i ministri devono, per legge, presentare al parlamento. Si può affermare che la conoscenza del fenomeno nella sua evoluzione è quanto di più accurata, completa e tempestiva nel contesto internazionale. Non meraviglia la eccellente qualità della relazione, presentata da una ginecologa che lavora al Fazzi, dove oltre il 60% delle IVG entro la settima settimana gestazionale è effettuata con il metodo farmacologico.

Domande: Questi dati che vanno allo stato sul numero di aborti sono veri? Ci sono donne che non ricevono quello che la legge garantisce, poi ci sono le donne che vanno all'estero.

Vorrei chiedere dell'uso della pillola da parte di donne straniere.

In realtà non è così facile avere un aborto in nove settimane. Arrivi in ospedale che hai già perso 2-3 settimane, poi ti fanno loro una serie di controlli e ti dicono loro quando lo puoi fare.

Risposte di D'Arpe: I dati chiaramente hanno limiti importanti, soprattutto dovuti all'elevata prevalenza di medici obiettori di coscienza. Ti faccio un esempio molto pratico: nella Asl di Lecce i non obiettori di coscienza sono otto, di cui quattro (compresa me che attualmente sono in maternità e non sono stata sostituita) siamo non obiettori che fanno l'interruzione volontaria al Vito Fazzi di Lecce, che rappresenta l'unico polo dove si può fare Ivg con metodologia farmacologica e chirurgica, e dove si può fare l'Ivg oltre i 90 giorni. Siamo in quattro colleghe, e oltre al lavoro che svolgiamo quotidianamente dobbiamo occuparci anche di garantire il servizio di Ivg. Ma non è soltanto un problema di numero di medici che si fanno in quattro per garantire questo servizio. È anche il numero di posti letto, perché finora l'abbiamo garantito con il day hospital riducendo al minimo l'ospedalizzazione della donna. Adesso con l'aggiornamento delle linee guida si spera che applicare la legge nel consultorio o nell'ambulatorio pubblico garantisca una diffusione più capillare della procedura sul territorio.

Per quanto riguarda le Ivg oltre il 90° giorno non vengono fatte né a Brindisi né a Taranto, quindi capite che il bacino che arriva a Lecce è enorme. Siamo sempre solo quattro medici con pochissimi posti letto. Sicuramente arriva un punto in cui non siamo più in grado di dire sì a tutte le donne perché finiamo i posti letto, finiamo il numero delle prenotazioni. Ci sono le donne che non fanno in tempo a prenotarsi e si devono rivolgere per forza di cosa all'ospedale di Taranto, di Brindisi, di Bari... devono spostarsi.

La procedura non è vero che sia difficile. Il problema reale è che è tutto molto semplice e le donne non lo sanno. Da quando io sono in ospedale, dal 2017, abbiamo fatto numerosi incontri per diffondere l'informazione anche in occasione dell'anniversario della legge tramite i medici di base,

i consultori, le università. Il problema è che molto spesso le donne non sono consapevoli dei propri diritti. Ma non è colpa della donna, è colpa del sistema sanitario e del tessuto sociale che non è in grado di dare delle informazioni che sono facili.

Se tu ti presenti al consultorio, per legge non è possibile che attendi due-tre settimane per avere il certificato. Per legge se io mi presento al consultorio vengo accolta dal medico ginecologo che non mi fa attendere, ma accedo immediatamente, e mi viene immediatamente rilasciato il certificato. Se rientro nei criteri di urgenza questo mi consente l'accesso in ospedale senza i sette giorni di attesa, altrimenti per legge devo attendere questi sette giorni. Trascorsi questi, mi presento al servizio dell'ospedale, che non è attivo 7 giorni su 7. Cioè, noi facciamo Ivg in tutti i giorni, ma l'appuntamento si prende due volte la settimana. Sono al massimo tre giorni di attesa, non c'è nessuna limitazione o numero chiuso. Questo fatto che le donne attendono 2-3 settimane è irrealistico. Se tu rientri nei criteri di interruzione farmacologica e quindi hai dei tempi ristretti, la tua interruzione verrà fatta celermente per farti rientrare nella metodologia che è universalmente considerata più sicura, cioè l'interruzione farmacologica. Se sei oltre la 9^a settimana verrai programmata per un intervento chirurgico. C'è una lista d'attesa e chiaramente è possibile che la tua interruzione chirurgica venga programmata dopo 3 settimane. Ma non esiste che tu fai in tempo a fare l'interruzione farmacologica e noi ti facciamo aspettare tanto da non riuscirci.

Intervento di una partecipante: Forse qui a Lecce.

Risposte di D'Arpe: Io ti posso rispondere su quello che deve essere garantito dalla legge e dove praticamente viene fatto nella realtà in cui vivo.

Per quanto riguarda le donne straniere il fenomeno è complesso, i dati sono tantissimi, sono a disposizione di chiunque. Il fenomeno è analizzato in tutte le sue forme e varianti perché i dati sono molteplici. Chiaramente quando si parla di donne straniere si parla sia della donna straniera che è in Italia e che ha un determinato livello di istruzione o un determinato livello di integrazione nella comunità, sia della donna che invece ce li ha molto più bassi. Quando dico che è importante aumentare il counseling per le straniere, intendo dire che nel momento in cui una donna per un motivo x (che può non essere per forza la richiesta di interruzione ma una gravidanza a termine, un accesso in pronto soccorso, un altro motivo di salute ginecologica) si avvicina al Sistema Sanitario Nazionale dovrebbe, ricevere attenzione, avere le informazioni, essere accolta dal SSN nella sua forma più semplice, cioè il consultorio familiare, che prevede un accesso gratuito per tutte le donne su appuntamento (tranne che per l'Ivg). Basta magari informare la donna che esiste questo servizio con un accesso facile e la donna può avere una serie di informazioni che riguardano soprattutto la contraccezione e la pianificazione familiare, ma molto spesso le donne non sanno neanche che esiste in Italia il servizio garantito dal consultorio familiare.

Domanda di Forcina: Ieri abbiamo ascoltato l'importanza del contatto con il feto con il bambino. Vorrei chiedere a Danna se ci sono studi in caso di maternità surrogata. Quanto influisce questa crescita in un ambiente anaffettivo freddo, senza contatto?

Commento di Birulés: Volevo commentare che, a differenza di chi sceglie la via della adozione, forse chi vuole un figlio o una figlia da una madre retribuita vuole una continuità genetica.

Risposte di Danna: Sono i due principi di trasmissione maschile e femminile. Cioè: la continuità genetica è il principio in primo luogo maschile, poi naturalmente c'è una continuità genetica anche femminile. Ma da parte maschile di essenziale c'è solo il materiale genetico. Poi può esserci una relazione ma può anche non esserci. La genetica può accompagnarsi a una relazione può anche non farlo. Invece nella trasmissione materna, nel principio femminile di gravidanza e parto, c'è già una

relazione. Nel verdetto californiano di Johnson v. Calver hanno detto alla cosiddetta portatrice che voleva tenersi la bambina: non è tua figlia, tu non sei la madre perché abbiamo fatto le prove genetiche e non sei consanguinea.

Ma non è detto che i committenti (come in quel caso) vogliono che siano i loro ovuli e sperma, non è il 100% dei casi. Infatti che cos'è la surrogazione di maternità? È un istituto giuridico. L'ovulo può anche essere della "portatrice", che dice: non è mio figlio anche se è il mio ovulo. Di fondo c'è una spinta alla continuità genetica ma non è detto. Quello che importa è la soppressione del principio femminile, dell'importanza della gravidanza e del parto.

Sulla questione dell'anaffettività è difficile rispondere. Abbiamo la psicologa Susan Golombok, direttrice del Centro ricerche sulla famiglia a Cambridge, dove fanno ricerche sui figli delle madri lesbiche, e hanno iniziato anche con i figli della surrogazione, in realtà non di padri gay ma di coppie eterosessuali. Va tutto bene all'inizio, a 7 anni hanno un attimo uno svarione, all'età in cui anche coloro che sono stati adottati non stanno bene, poi si riprendono e va tutto bene. È in un libro che è stato anche tradotto in italiano: *Famiglie moderne*. Questa la ricerca. Però: è fatta su campioni volontari ed è chiaro che se qualcosa non va bene in famiglia difficilmente me la faccio esaminare. Ci mettiamo un punto di domanda.

C'è anche un'altra risposta alla questione dell'anaffettività: l'avevo menzionata in un dibattito con Zsuzsa Berendt, un'antropologa americana. Gli antropologi sono sempre molto vicini al loro oggetto di studio, anche lei si identifica con il gruppo che ha studiato, dice che siccome non vogliono esser chiamate madri, non sono madri, sono portatrici, e fanno una cosa bellissima. Mi ha obiettato che quel distacco lo facevano in Israele, ma in California si toccano la pancia, eccome! Loro, le lavoratrici californiane, lo sanno quanto è importante per i piccoli. C'è quindi una situazione di doppio legame per queste donne: da una parte viene loro richiesto come parte del lavoro di dimostrare affetto nei confronti dei figli, però dall'altra, nell'altra metà del cervello sanno benissimo che non è figlio loro, quindi gli vogliono bene come una zia. Quindi ci sono ulteriori richieste di sdoppiamento, di lavoro emotivo (*dalla sala*: "Di lavoro di cura") che viene richiesto però sapendo che comunque non è tuo figlio. Forse sono più oneste le israeliane che dicono: io manco mi tocco la pancia e poi fatti vostri come verranno su i figli, i figli sono vostri, quindi vedete voi.

Aneddoti ne ho sentiti: il figlio della coppia gay che si aggrappa alla zia, cioè che cerca il femminile, per esempio, o la bambina che ha l'incubo ricorrente di stare chiusa in un garage freddo. Immagino ci sia qualcosa che succede in questi nove mesi che porta anche a questo.

Poi però soggettivamente anche per questi figli della surrogazione troviamo tutto lo spettro di possibilità, da quello che dice arrabbiato "io sono un figlio di una surrogata" (richeggiando il *son of a bitch*) e a un certo punto sparisce dopo minacce di suicidio sul suo blog, fino a quell'altra che compare su tutti i giornali, mi sembra sempre negli USA, per dire: io sono figlia di una surrogazione, lo faccio anche io. Volevo sapere come si sentiva mia mamma, ed è bellissimo. Soggettivamente troviamo tutta la gamma – altrimenti se ne sarebbero anche accorti subito. I neonati sono adattabili, i neonati per sopravvivere fanno che si devono aggrappare non a quella che conoscevano prima (poi infatti manco ci ricordiamo quella fase della vita) ma a chi li aiuta. Però gli togliamo qualcosa. E non si può dire: tanto non te lo ricordi, quindi ti faccio qualunque cosa perché tanto tu sopravvivi. Cerchiamo piuttosto di ragionare, perché queste situazioni sono di palese violenza contro le donne: io ho fatto un bambino, anche se ho firmato un contratto voglio essere la madre, e lo stato arriva e me lo porta via. Questa è una violenza incredibile, non si può non vederlo.

Domanda: Vorrei sapere se ci sono gruppi di ascolto per coloro che hanno abortito. Io l'anno scorso ho subito l'esperienza di un aborto volontario in tempi molto diversi da quelli che lei dice, ma penso che dipenda dal territorio. Rientro nella farmacologica ma me l'hanno sconsigliato tantissimo sia medici che altri.

Risposta di D'Arpe: Non so risponderti per quanto riguarda le opinioni dei colleghi, ma quanto vi ho detto non sono mie opinioni personali, sono evidenze scientifiche. La metodologia farmacologica è quella raccomandata e raccomandabile e su di essa ogni medico dovrebbe spingere. È una raccomandazione dell'OMS.

Per quale motivo i colleghi che ti hanno assistito ti hanno sconsigliato l'interruzione farmacologica non lo so, perché poi ogni donna, ogni anamnesi, ogni storia personale ha dentro una risposta. Magari nella tua anamnesi personale c'è qualcosa per la quale era sconsigliata la somministrazione di questi farmaci. Ma nel momento in cui rientri nei criteri per l'applicazione della metodologia farmacologica, dovrebbero farla, a meno che non ci siano problemi di numeri enormi in attesa.

Il problema delle liste d'attesa esiste per qualunque procedura medica. L'Ivg è un intervento chirurgico per il quale non c'è urgenza, come abbiamo visto dai dati il 60% delle interruzioni viene fatto con l'isterosuzione, quindi è chiaro che le liste di attesa sono più lunghe, e possono passare anche diverse settimane.

La legge prevede che il post Ivg venga seguito dal consultorio familiare, e quindi si faccia anche il counseling anticoncezionale successivo. Nei consultori esiste anche la figura dello psicologo per una donna con una problematica di questo tipo. Non c'è un percorso definito, nel senso che non tutte le donne lo richiedono, però l'assistenza psicologica è prevista, nel consultorio. Invece organizzare gruppi di persone che hanno avuto un'esperienza simile va oltre il SSN.

Intervento di una partecipante: La relazione sulla maternità surrogata è stata illuminata perché io non ho mai ragionato sul fatto che già oggi la donna può scegliere di dare in adozione un bambino e quindi quello che vogliono le famiglie è la sicurezza totale che le donne non sceglieranno di tenersi questo frutto. Si diceva: come è possibile che le donne a favore difendano la maternità surrogata dicendo "L'utero è mio", che è uno slogan femminista? Non abbiamo motivo di farci sottrarre questo slogan, perché non si può impedire una maternità surrogata altruistica, però non si può impedire a queste donne fino all'ultimo momento di tenersi il figlio. È un aspetto che andrebbe divulgato maggiormente, perché io non l'avevo mai sentito con questa chiarezza.

Risposta di Danna: È la prima volta che riesco a parlare a Lecce di questo argomento.