

# La donna in attesa e il mistero svelato del feto

PAOLA FALTERI

Prenatal ultrasound has deeply changed the woman's relationship with the fetus which is not only based on hearing. The visual portrayal prevails on the perception of the body and provokes a reality effect giving to the soon-to-be-born baby a status of autonomous existence: the laboratory knows everything even before the woman gets to know, included the sex of the fetus. All interviewees tell the strong emotions stimulated by the ultrasounds which average number may vary: three, according to the protocol, if pregnant women, as most of the migrant women do, use the medical services of the consulting rooms, or numerous ultrasounds if we consider the autochthonous women who turn to a private gynecologist. This opens up the debate on the relationship between private and public health, particularly relevant during pregnancy. Furthermore, through amniocentesis, the prenatal diagnosis consent to identify the integrity of the health of the fetus, leaving to the parents – and especially to the mother – the responsibility to choose whether to accept an ill or disabled child or to have an abortion. Doubts and agonizing conflicts arise in front of this decision, that not all the interviewed felt up to deal with.

L'ecografia prenatale ha profondamente mutato il rapporto della donna con il feto, che non è più affidato soltanto alla propriocezione della madre<sup>1</sup>. Sul sentire

---

<sup>1</sup> La storia dell'ecografia diagnostica, durata decenni dalle prime sperimentazioni, è il risultato della collaborazione tra biomedici e clinici, fisici, ingegneri meccanici ed elettronici, tecnici informatici, istituzioni universitarie ed imprenditori. Né si può dimenticare che lo studio degli ultrasuoni si è intrecciato primariamente con ambiti del tutto diversi, come quelli dei radar militari e dei rilevatori dei difetti dei metalli. Le iniziali applicazioni in ostetricia si rendono possibili negli anni Sessanta. In seguito a sviluppi tecnologici rilevanti, l'ecografia diventa successivamente la base della diagnostica prenatale per entrare nella routine degli accertamenti in gravidanza negli anni Ottanta. Viene dunque da lontano, ma è entrata relativamente di recente nell'esperienza delle gestanti.

interno al corpo prevale la rappresentazione visiva che produce un effetto di realtà, una verosimiglianza che è fonte di certezza, e conferisce al nascituro uno statuto di esistenza in autonomia.

Anche se l'ecografia non implica cura o trattamento, la grammatica della relazione con il tecnico che esegue l'esame, corrisponde a quella del medico-paziente: la donna è nella condizione di chi ignora ed attende che l'esperto le riveli il suo sapere, producendo e decodificando l'immagine. Il mistero del ventre gravido è penetrato e svelato con esiti di certezza e materialità: «il testo ecografico è oggettivante, si presenta come se fosse in diretta relazione con la realtà empirica, indipendente dallo sguardo dell'osservatore» (Contreras, 2006-2008: 421).

Il ricorso alla tecnologia diventa un'istanza di delega a rilevare l'interno invisibile del corpo, a renderlo comunicabile e pubblico, ma in questo caso non si tratta tanto di un organo, quanto del frutto del concepimento: l'ecografia traduce gli ultrasuoni in un linguaggio che rende possibile proiettare le proprie fantasie su un bambino già pienamente rappresentabile in un certo stadio del suo sviluppo. In virtù di questa anticipazione è cambiato il vissuto della gravidanza, che non è più un periodo di attesa indefinita, poiché il contenuto del ventre materno appare rivelato e si pone al centro dell'attenzione.

L'esame ecografico introduce inoltre delle scansioni prima sconosciute nell'arco della gestazione, che oggi è ritmata dall'esposizione periodica a simili controlli, ai quali – al di là della loro funzione strettamente medica – finisce per ancorarsi l'immagine fantasmatica del feto, dai contorni man mano più precisi. È entrato nell'uso consegnare alla donna, a mo' di calendario e promemoria, il cosiddetto regolo ostetrico (o ruota della maternità), la cui forma richiama la circolarità del ciclo di vita. Ruotandolo come un disco orario, aiuta a computare la presumibile data del parto, ma anche a fissare i momenti obbligati dei controlli dettati dal protocollo<sup>2</sup>. Le scadenze delle tre ecografie di routine, in particolare della "morfologica" – tappa importante per verificare la corretta conformazione e lo sviluppo del feto –, sono dunque appuntamenti normativi, da prenotare per tempo. Le donne incinte che sono concentrate sul proprio stato, ripartiscono la durata dell'attesa riferendosi a queste date; se non lo fanno, come può accadere a quelle migranti che non sono avvezze ai ritmi dettati dalla medicalizzazione o non sufficientemente organizzate rispetto al funzionamento del nostro sistema

---

<sup>2</sup> Questo strumento spesso si presenta peraltro come il prodotto pubblicitario di case farmaceutiche specializzate. Inoltre, tra i blog dedicati alla gravidanza, sono numerosi quelli che ne forniscono un esemplare annettendo le istruzioni per l'uso. Come si è detto, serve a prevedere la data del parto calcolandola a partire dall'ultima mestruazione, che segna l'inizio del ciclo e della ruota. Ma ci sono anche versioni, illustrate da medici, che fissano le scadenze dei controlli a raccomandarne l'osservanza. Tuttavia i ginecologi in regime privato non vi si attengono perché tendono a eseguire un numero di ecografie ben superiore alla periodicità trimestrale suggerita dal protocollo e dal regolo ostetrico.

sanitario, si sentono e rimangono tagliate fuori dal regolare andamento degli esami, esposte all'ansia e alla percezione di inadeguatezza<sup>3</sup>.

Nel mondo tradizionale, finché si è imposta l'autogestione della gravidanza e non era capillarmente diffusa la medicalizzazione con il suo attuale apparato tecnologico, niente era dato sapere sul contenuto inaccessibile del ventre della gestante. Intorno a questa incognita si addensava un universo femminile di saperi e pratiche predittive, propiziatorie e preventive che costellavano la vita quotidiana della donna incinta: l'attesa era affidata a quelle prescrizioni ed interdizioni, per lo più iscritte in una densa rete di corrispondenze simboliche, che è andata progressivamente ed inevitabilmente disgregandosi<sup>4</sup>. Pensiamo ad esempio alle numerose forme di precognizione del sesso del nascituro a cui accenneremo, alle pratiche tese a propiziare caratteristiche somatiche (ma anche di personalità) desiderate nel figlio, a tutte le evitazioni a cui era sottoposta la donna per scongiurare l'attorcigliamento del cordone ombelicale intorno al collo del bambino, rischio di complicanza ossessivamente temuto, a giusto titolo, nel parto/nascita. Il ventre della gestante oggi non è più un contenitore impenetrabile fino all'espulsione del feto, né la madre è l'unica ad entrare in rapporto con esso, com'è stato per tutta la storia umana.

## La gravidanza e il feto come prodotto della "somatogenesi"

Al profondo sovvertimento introdotto dall'ecografia prenatale ha dedicato

---

<sup>3</sup> Il disagio per la non osservanza delle scadenze è alimentato anche dai medici. In un sopralluogo osservativo presso un consultorio, incontriamo una ivoriana in attesa del suo turno di visita. La vediamo chiusa in se stessa, preoccupata, ma ci dice che si sente solo stanca. Poco dopo che lei è entrata nello studio, ne esce la ginecologa visibilmente innervosita, tenendo in mano delle ricette: sta andando a fotocopiarle. Ci informa che la paziente non ha eseguito gli esami concordati, negando che le siano stati prescritti. La dottoressa, sostenendo il contrario, vuole serbare documentazione delle ricette per tutelarsi da eventuali, ulteriori inadempienze in modo che la donna non le possa attribuire a lei: si lamenta che le africane spesso mentono e per questo dubita persino che a noi sia utile intervistarle. Non abbiamo potuto chiedere spiegazioni alla paziente, ma ci sembra di poter ipotizzare che, non essendosi per qualche ragione attenuta alle indicazioni ricevute, fosse inquieta all'idea di doverne rendere conto alla ginecologa e, sentendosi in difetto, avesse deciso di mentire per non ammettere la sua colpa.

<sup>4</sup> Non si può non citare a questo proposito il lavoro di Ranisio (1998) che nell'area napoletana ha rilevato permanenze e mutamenti in tre generazioni di donne, appartenenti alle stesse famiglie, rispetto a credenze, pratiche e rituali connessi a gravidanza e parto/nascita. Molto materiale abbiamo raccolto anche noi in Umbria sulla fase di transizione dall'autogestione delle prime fasi del ciclo di vita nel mondo tradizionale contadino alla progressiva medicalizzazione, constatando da un lato persistenze che richiamano la documentazione fornitaci da Zeno Zanetti, dall'altro complesse ibridazioni o integrali adesioni a saperi e pratiche sanitarie.

vari contributi Barbara Duden che compara, con un rigoroso uso dei documenti, la condizione della gestante e la concezione della gravidanza in *ancien régime* con l'epoca contemporanea, per discutere appunto le mutazioni intervenute. La storica non esita a dichiarare apertamente la sua «misoiatría» motivandola a più riprese, ma le sue considerazioni, benché non vengano scalfite dalla preoccupazione della imparzialità, restano rigorose e penetrano a fondo sul carattere e la direzione dei mutamenti degli ultimi anni, ricorrendo sistematicamente all'analisi dei processi di lunga durata. Da storica appunto, si muove a partire da una preoccupazione schiettamente antropologica, impegnandosi a decostruire l'etnocentrismo delle «certezze contemporanee» attraverso l'individuazione delle loro genealogie culturali e riferendosi in particolare alla percezione della gravidanza e della "vita" intrauterina, radicalmente cambiata nel corso di una sola generazione. Il feto – dice Duden – è una creatura della società moderna: la tecnologia che l'ha costruita a suo parere «priva la donna del proprio corpo e la degrada al ruolo di cliente bisognosa non solo di assistenza, ma anche di consulenza» (Duden, ([1991] 1994: 58). I suoi lavori mostrano come fino al XVIII secolo dominasse l'incertezza sull'inizio, la durata e l'esito della gestazione: l'esistenza stessa di una gravidanza in corso poteva essere dimostrata solo a posteriori, retrospettivamente, *post factum*. Fino al parto, essere incinta significava vivere «"in buona speranza"» (Duden, ([2002] 2006: 58). Non esisteva la gestazione in sé, ma solo donne che si sentivano gravide, in rapporto a qualcosa di celato e di inafferrabile in una forma attuale:

«Dal punto di vista della storia della cultura, il nascituro fa parte della categoria dell'"occulto", come i morti, i santi, gli angeli, gli spiriti elementari ed altri. [Fino al XVIII secolo] prima che il neonato venga alla luce è per sua natura invisibile, un non-ancora per l'occhio, un *non-dum*. Ciò che lo distingue dagli altri invisibili è il suo essere sulla soglia dell'esistenza» (ivi: 19)

I medici che eventualmente fossero intervenuti (e sappiamo quanto fossero rari) non avevano alcuna possibilità di contraddire le certezze delle loro pazienti. Solo il primo movimento del bambino dava alla madre la possibilità di accedere al nuovo status sociale ed era un segno del quale unicamente lei poteva fornire testimonianza. Oggi il laboratorio – osserva Duden – sa tutto prima ancora della donna. Essa, in altri termini, viene spesso a conoscenza della gravidanza senza averla ancora sperimentata. Nelle diagnosi rese possibili dall'ecografia, la visualizzazione ha un ruolo fondamentale: l'esperienza del corpo è filtrata attraverso la simulazione della visibilità degli organi interni. È a questo proposito che Duden parla ripetutamente del «potere somatogeno» della biomedicina, che utilizza la capacità della simbolica tecnica di costruire il corpo. Si instaura in questo modo una contraddizione tra la fiducia nella propria percezione sensibile e la dipendenza moderna dalla «verifica operativa, ovvero dall'accertamento dei fatti attraverso misurazioni ripetute» (ivi: 87).

La gravidanza oggi «è diventata la presa d'atto e l'interiorizzazione di un referto medico [...] Lo scopo della visita non è il riconoscimento linguistico di un *soma* vissuto, ma l'interiorizzazione di una "eterosomatica" medica, cioè la costituzione e la certificazione di due universi interpretativi che non possono più confrontarsi. La donna incinta guarda sullo schermo insieme al medico per seguire l'ecografia del suo ventre e lasciarsi spiegare l'immagine del feto. È qui all'opera un nuovo tipo di sensibilità corporea, oggi socialmente dominante: la *hexia ottica*. Il vedere a comando tende a sostituirsi alla sensibilità tattile. [...] Essere incinta significa imparare a vivere il proprio corpo come "ambiente fetale", assumersi la responsabilità di un fardello di rischi geneticamente determinati, dipendere da un complesso sistema di consulenza» (ivi: 111-112).

Si tratta di una innovazione rivoluzionaria che tuttavia ribadisce, in forme inedite, l'idea che il corpo incinto sia un mero contenitore di cui la donna è responsabile. Altre prescrizioni ed evitazioni, rispetto a un tempo, si addensano durante l'attesa.

## Lo stupore della visione

La prima ecografia prenatale è segnalata da molte donne come memorabile perché consente di vedere il battito cardiaco del feto quando ancora non si avverte alcun segno della sua esistenza nel ventre. Tutte le intervistate la definiscono per questo *emozionante*, a indicare un insieme di sentimenti – sorpresa, coinvolgimento, commozione, turbamento fino al pianto – non altrimenti definibile.

La marocchina Asmaa<sup>5</sup> ricorda bene il momento della prima ecografia, in rapporto alla quale racconta – come tante altre – della difficoltà di maturare la consapevolezza della gestazione e anche di ravvisare una natura umana in quella presenza informe rappresentata nello schermo.

*Non ci arrivi a capire che c'è dentro di te qualcosa che vive, che è vivo, che è diverso, che sarà un giorno un essere umano, cioè è già un essere umano. Che arriverà dopo mesi e lo vedrai fuori come un bambino, come qualcosa di, di ... [...] Quando ho fatto l'ecografia, era strano: so che sono incinta, ma non riesco ancora a capacitarmi, a farmi arrivare quell'idea che c'è un bambino. Il giorno in cui ho visto l'ecografia che sembrava un fagiolino, proprio un fagiolino... io c'ero col mi marito, l'abbiamo visto e sò rimasta: "Questo sarà un bambino?" Tutta una forma strana!*

Con l'ecografia l'indeterminatezza dello stato di gravidanza si precisa e per

---

<sup>5</sup> Colf di 33 anni, sposata con un connazionale, è al primo figlio.

alcune madri è sufficiente l'immagine a tacitare gli interrogativi che si affollano nella mente per capire cosa sta accadendo dentro il proprio corpo: resta l'esigenza di essere rassicurata che tutto proceda nel migliore dei modi.

L'albanese Lidia, che si definisce "consulente di marketing", sposata con un connazionale e in attesa del secondo figlio, così si esprime: *Le prime ecografie che fai senti il battito e già cominci a dire: "Oh Dio! Sono incinta". Fino a lì non ci credi. Perché dal momento in cui sai che sei incinta e passi dalla donna che non lo sa ancora che è o non è, che fa e che farà, fai mille domande. La prima ecografia è quella che ti cambia tutto, non vuoi sapere più niente, vuoi sapere solo il bene del tuo figlio. Vuoi che tutta la gravidanza va bene, che le cose brutte non ti devono succedere.*

La sorpresa è tanto più profonda quanto più è precoce il primo esame: attraverso lo schermo si avvia la costruzione di una storia del nascituro e della relazione con lui, che attraversa tutta la gestazione.

Rita, impiegata di 31 anni al primo figlio, è andata nello studio della ginecologa con il marito a soli venti giorni dal concepimento. Ripete più volte che è stato *molto emozionante*: alla vista del cuore che pulsava, *ci siamo resi conto della presenza del bambino*, ancora inavvertibile. Anche le altre ecografie sono state tutti appuntamenti molto attesi: *qualche volta non vedevo l'ora di andare lì, di vedere i cambiamenti, perché ogni volta è diverso, scopri qualcosa in più, qualche notizia in più.*

L'immagine ultrasonografica è un "doppio" rispetto al feto e non a caso Rita, come altre, la chiama *foto*: l'esame diventa, con la mediazione del medico e della tecnologia. Una sorta di incontro – di *appuntamento* – con il figlio, che si può osservare via via nel suo sviluppo. La vista domina sugli altri sensi, diventando fonte primaria delle emozioni in gravidanza: anche il battito cardiaco si scorge chiaramente senza udirlo. Sul finire della gestazione a Rita sembrava persino di poter individuare chiaramente le fattezze del bambino e verificare a chi assomigliava, formulando anticipazioni che le sono parse poi confermate. Ha scrutato dunque il feto per rappresentarselo concretamente, come davanti a un ritratto.

*Poi le ultime [a partire] dalla morfologica, erano tridimensionali. Riuscivo a vedere anche le somiglianze, a capire come fosse... Somiglianze che corrispondevano a realtà. In alcune posizioni la foto era veritiera, corrispondeva a lui.*

Lucia<sup>6</sup> ha provato la stessa meraviglia di cogliere in tutta evidenza il segno

---

<sup>6</sup> Lucia, di 41 anni, diventata da poco mamma al momento dell'intervista, è una libera profes-

vitale delle pulsazioni che non le era dato di percepire dal suo corpo. Il feto non è più qualcosa di indefinito entro il suo ventre, ma una presenza: *La prima è stata emozionante perché credevo che si vedesse l'utero con qualcosa dentro e basta. Invece c'era già il cuore che batteva e non ci volevo credere.*

Ugualmente Ghita, una marocchina di 30 anni, che lavora come segretaria del marito albanese, anch'essa alla prima maternità, racconta che vedere il feto è stato molto emozionante, soprattutto quando abbiamo sentito il battito della bambina. *Per me e per mio marito è stato un pianto.*

Pure Vanna<sup>7</sup> si è commossa alla prima ecografia, quando non aveva ancora il pancione e non si accorgeva neppure di essere incinta, ma a colpirla profondamente è stato il fatto non già di vedere il cuore pulsante, quanto di ravvisare la spina dorsale. In ogni caso è comune a tutte l'incredulità di fronte ad un'immagine che esibisce la precoce formazione dell'organismo fetale. Ogni ecografia – dice Vanna – ha comunque la sua particolarità: quando cresce, lo vedi grande grande, come fosse un bambino vero. Si affaccia qui l'ambiguità della rappresentazione ultrasonografica: appare un bambino vero, ma non lo è. L'effetto di un'esistenza compiuta è stato ampiamente utilizzato contro la legge e la pratica dell'aborto, argomentando la convinzione che già in utero cominci la vita e il feto sia "persona". Non a caso Duden, che rimarca ampiamente questa implicazione ideologica, dà al primo dei lavori che abbiamo citato, il sottotitolo *Sull'abuso del concetto di vita* (Duden, ([1991] 1994).

Giulia, al contrario di altre madri ammirate e commosse, al primo controllo ginecologico si è spaventata, perché l'immagine presentava la camera gestazionale vuota e ha temuto che l'attesa gravidanza non fosse in atto<sup>8</sup>. Solo la vista del battito cardiaco del feto le ha restituito la sicurezza che aveva vacillato.

Per Vera, quando per un'emorragia da distacco della placenta ha temuto di perdere il bambino tanto desiderato, l'ecografia è stata decisiva, proprio per-

---

sionista, laureata nell'ambito delle scienze naturali. Il titolo di studio evidentemente non l'ha aiutata ad avere una rappresentazione più precisa della propria gestazione.

<sup>7</sup> Ingegnere di 31 anni, come altre intervistate convive con il partner. Nel suo caso la situazione è complicata dal fatto che lavora a Bologna e si trova davanti all'alternativa di affrontare la maternità da sola o di lasciare un'occupazione sicura per tornare in Umbria, dove può contare sul sostegno della madre e del compagno.

<sup>8</sup> Giulia ha rifiutato a lungo di avere figli, d'accordo con il marito, poiché ha avuto un complesso rapporto con la famiglia d'origine, sentita come motivo di oppressione, un giogo. Al cambiamento di prospettiva, che l'ha fatta pensare alla maternità non come a qualcosa che toglie, ma che aggiunge, non come ad una limitazione delle proprie potenzialità, ma come ad una espansione, ha contribuito la nascita di un nipote che le è parso fonte inesauribile di affetti. A quel punto però il concepimento si è fatto attendere per problemi di salute che riducevano la sua fertilità. Da qui le sue iniziali apprensioni.

ché è stato rilevato il battito, a conferma della sua sopravvivenza<sup>9</sup>. Sotto questo profilo, è stato il momento culminante e rassicurante della gestazione a rischio, mentre il coinvolgimento pieno è subentrato solo quando sullo schermo si è profilata una figura in qualche misura decifrabile: *Poi l'emozione è stata quando sono riuscita a vederla per la prima volta nel monitor: si vedeva la forma...*

Elsa da parte sua assicura che, dopo aver visto l'immagine ecografica, una donna torna a casa orgogliosa di sé, felice di custodire una vita: è qui che avviene l'attribuzione del nuovo status di madre. Lei del resto desiderava tanto vedere il feto che in quest'occasione non ha seguito le indicazioni della omeopata che la cura del morbo di Chron ed a cui in genere si affida totalmente: si è infatti voluta sottoporre all'esame anche se la dottoressa, contraria a qualsiasi sollecitazione non necessaria del corpo della sua paziente<sup>10</sup>, non lo riteneva opportuno.

Sabrina è tra coloro che sostengono che la prima ecografia, nel suo caso effettuata a nove settimane, è stata la più bella, anche se non vedi l'ora di fare la prossima: quando appare *quel fagiolino piccolino e senti il cuore, penso sia la cosa più bella in assoluto*. Tutte le intervistate nei loro racconti sulla prima ecografia ricorrono alla metafora del legume, che viene spontanea perché il feto gli assomiglia molto, ovoidale, piccolo, fragile ma compatto<sup>11</sup>. Anche Adele ricorre alla stessa espressione:

*Quella che mi ha emozionato di più è stata alla undicesima settimana. Questo fagiolino, le braccia, le gambe! Ho pianto perché si vedeva sto feto che si muoveva – perché non hanno ancora il sistema nervoso normale e fanno tutti questi movimenti... Ho pianto perché mi sono resa conto che avevo un bambino nella pancia, mentre prima... [ride].*

Ha conservato il video, comportamento – come vedremo – abbastanza diffuso: *ho ancora la videocassetta, ché si vedeva il viso, il nasino, gli occhietti, le guanciotte...* Ma nel caso di Adele il silenzio del corpo è radicale per la storia particolarmente dolorosa della sua gravidanza, che non fu solo inattesa ma anche rifiutata dal compagno, il quale – non volendo figli – gliene faceva una colpa, giungendo a non rivolgerle più la parola. Poiché la convivenza si era fatta intollerabile, la

---

<sup>9</sup> Vera parla qui della prima figlia che ha atteso con ansia, mentre ha inizialmente rifiutato la seconda non solo perché non progettata, ma anche perché aveva sofferto di una prolungata depressione *post partum* a cui non era estraneo il *mobbing* a cui era stata sottoposta, proprio a causa della maternità, nell'impresa in cui fa l'impiegata.

<sup>10</sup> L'omeopata ha imposto peraltro il cesareo programmato per non sottoporre a stress l'organismo di Elsa, anche se i ginecologi erano propensi al parto naturale.

<sup>11</sup> Una madre usa un altro appellativo, parlando di *pesciolino*, che evoca il liquido amniotico. Acquatico è anche il *gamberetto* di Teresa, mentre il *vermetto* di Eva richiama un insettino filiforme. Niente comunque fa pensare a una presenza umana.

donna – dal Nord Italia dove si era trasferita per seguire il partner – ritorna presso la famiglia d'origine in Umbria. Non meraviglia che dopo il parto sia subentrata una grave depressione<sup>12</sup>.

Per le donne che sono afflitte da endemica insicurezza, l'ecografia decodificata da un tecnico, dà un sollievo che tranquillizza. Tuttavia Clara, per la quale la medicalizzazione è un'ancora di salvezza dalle sue ansie, non riesce a convincersi che l'attesa avrà presumibilmente buon esito:

La prima ecografia, per accertarsi della gravidanza, era troppo precoce per *vedere qualcosa*. Le successive sono state più gratificanti. Aveva paura di perdere la bambina, ritenendo che le primipare siano tutte a rischio: *quando non si ha la parola di un esperto, una non si sente tranquilla. [...] La prima a pagamento me la ricordo bene, perché sapevo di essere incinta e il battito si vedeva molto di più, però io non volevo proprio crederci, perché spesso mi dicevano che le prime gravidanze sono così: si può anche perdere. Invece è andato tutto bene.*

La nigeriana Caterina, in attesa del quinto figlio, aveva deciso di abortire a causa della sua difficile situazione economica e delle nascite ravvicinate<sup>13</sup>. Poi, alla prima ecografia, non si è più sentita di rinunciare alla bambina.

*Io fatto foglio per toglierla. Però quando io visto ecografia, io visto bambino, la foto di ecografia, io dice: "No no, non ho coraggio di toglierla". Così deciso di tenere.*

Qui l'immagine ultrasonografica non è solo fonte di emozioni, ma determina un cambiamento di prospettiva che spinge a proseguire la gravidanza e a ripen-

---

<sup>12</sup> Tra le numerose madri che ci hanno raccontato di aver vissuto un periodo più o meno lungo ed intenso di depressione *post partum*, Adele è quella che comprensibilmente ne ha sofferto di più. Pur lamentandosi di non aver avuto nessun appoggio dalle ostetriche del consultorio, ha di fatto rifiutato qualsiasi aiuto, isolandosi con la bambina. Per lei è stato poi risolutivo il nido, dove le educatrici l'hanno accolta, ascoltata, sostenuta. È stato proprio presso il servizio educativo che l'abbiamo intervistata ed è la madre che ha espresso la maggiore gratitudine verso di noi, per averle offerto l'opportunità di rielaborare la sua esperienza attraverso la narrazione.

<sup>13</sup> 38 anni, cinque figli in un decennio, sposata con un connazionale, fa la cuoca. Nonostante il numero delle maternità, non accenna in alcun modo, neppure per il futuro, alla possibilità di prevenire le gravidanze indesiderate con la contraccezione. Tra le intervistate straniere è abbastanza frequente che il figlio sia – come dicono – *capitato*. Anche un'ivoriana, giovane e sola, aveva pensato all'aborto, ma è stata dissuasa dalla madre con cui teneva i contatti per telefono. Una romena racconta invece di essere entrata in conflitto con il personale del consultorio che le consigliava l'IVG, essendo lei al quarto bambino: *l'ostetrica pensava di prenotarmi per abortire. "Che consiglio! Decido io con mio marito", perché i figli li cresco io con mio marito. Non è che io sono arrivata qui e ho chiesto: "Mi cresci per favore figlio?"*

sare al valore della maternità: *per me quando hai opportunità per avere figli, devi fare, perché secondo me figli regalo per Dio. È la cosa più speciale, più speciale.* Rifiuta l'idea di non aver voluto mettere al mondo i suoi bambini, che sono ora motivo di gratificazione compensativa di fronte alla precarietà economica. Caterina non si è posta problemi etici o religiosi, nonostante faccia riferimento alla benedizione divina: si rifiuta di sprecare il potere riproduttivo che la natura le ha dato e che lei percepisce come valore. Tuttavia è indiscutibile che l'ecografia ha inciso sulla sua decisione.

Per varie interviste l'emozione aumenta man mano che l'ecografia rivela la crescita. Con lo sviluppo del bambino nel ventre, la figura – come dice Vera – prende *forma* e le fantasie materne si esercitano a immaginare i dettagli del nascituro e della vita fetale.

Racconta Eva: *L'effetto è proprio bello. Alla prima non vedi niente e senti solo il cuore che batte.* Però, siccome ancora la gestazione non si avverte, la sua funzione è importante perché *ci si accorge che c'è un bambino. Poi cominci a vedere questo vermetto tutto intero e inizi a distinguere la testa dagli arti ed è già una cosa molto emozionante. E poi ancora è bello riuscire a vedere il viso, cercare di capire come sta, che cosa fa.* Per esempio Eva si ricorda perfettamente un'immagine in cui il feto teneva le braccia dietro la testa, in una posizione che assume spesso un amico della coppia ed allora cominciarono per scherzo a chiamare il bambino con quel nome.

E Sandra: *una volta ha sbadigliato. Pare incredibile!*

A qualcuna capita anche di prefigurare tratti di personalità nel figlio:

*La prima [ecografia] era il battito del cuore, sta cosina che pulsava, vedi il battito e dici vabbè! La seconda è più emozionante: era un affarino già definito, con le manine e i piedini, che si sbatteva, dava le testate, vedevo già la verve (Adriana).*

Del resto la correlazione tra vita intrauterina e caratteristiche di temperamento del bambino nei primi anni di vita, fa parte anche delle ipotesi scientifiche. La psicologa Piontelli ha condotto per anni osservazioni (che definisce simili a quelle dell'etologia e dell'etnografia) prima sulle immagini ultrasonografiche e poi, dopo la nascita, sul piccolo nel suo ambiente familiare, rilevando una «impressionante [...] continuità di comportamento e di tratti temperamentali nella vita pre e postnatale» (Piontelli 1992:112). Certo che per l'antropologia, in particolare per chi si occupa di processi inculturativi, una tale asserzione, per quanto sostenuta da dati empirici, è sconcertante.

Teresa è l'unica che accosta il ricordo delle immagini ecografiche, che inizialmente sentiva estranee, a quello delle percezioni corporee che nel tempo ha

cominciato a provare e che ha annotato scrupolosamente<sup>14</sup>. In questo caso ciò che rivelano gli ultrasuoni è accompagnato dall'esperienza diretta, che produce riflessività e memoria:

*La primissima vedi solo un gamberetto minuscolo. La seconda invece è più emozionante, perché vedi questo bambino già formato. Non vedi i dettagli, ma vedi questa sagomina che sgambetta, che salta e che fa le capriole! È difficile associare l'immagine al fatto che questa cosa sta dentro la tua pancia! Io poi ho cominciato a sentirla... Da qualche parte l'ho scritto: ho tenuto un diario con le mie sensazioni, perché dopo si dimenticano.*

Con la comparsa dei movimenti fetali e l'evidenza del ventre gravido, il rapporto con il nascituro diventa più diretto e concreto: c'è chi parla con lui o tiene le mani sulla pancia per avvertirlo meglio, coinvolgendo anche il futuro papà.

Soltanto due madri tra le intervistate – autoctone o straniere che siano – si dicono contrarie all'ecografia. Più precisamente Alba ha eseguito le tre di routine ma, coerente con la sua concezione della gravidanza improntata alla naturalità, sostiene che per attestarla basti la visita ginecologica. Giudica le donne *troppo ansiose* a causa di *tutta questa medicalizzazione* che paradossalmente le rende più insicure. Può difatti accadere che gli esami facciano entrare in crisi, come nel caso della giapponese Makoko, a cui è stato rilevato un problema nella crescita del feto. Per la trepidazione che ne è derivata, dà un giudizio negativo sulla tecnica, sostenendo che era meglio quando non esisteva, quando si aspettava senza sapere niente e senza dipendere dalle valutazioni del medico:

*L'emozione c'è, però è anche preoccupazione, perché l'ecografia non ti garantisce che il bambino è sano. È bella perché senti il battito e vedi la grandezza, però ci sono anche gli effetti negativi perché è dopo l'ecografia che mi hanno detto che [il feto] aveva questa settimana di ritardo. Al periodo di mia madre, per esempio, non la facevano, quindi non si preoccupavano di queste cose. Quando arrivava, arrivava.*

## Il ricorso all'ecografia tra pubblico e privato

Le intervistate che sono state seguite nei consultori, se la gestazione non ha presentato complicanze, si sono sottoposte alle tre ecografie di routine, ricorrendo all'ospedale quando l'esame non era praticabile nei servizi territoriali, come avviene sempre per la morfologica. È capitato di doversi spostare a seconda del-

---

<sup>14</sup> A 32 anni e al primo figlio, Teresa è studentessa alla seconda laurea e sta completando il corso di Scienze della formazione primaria nella speranza di trovare lavoro come insegnante.

la disponibilità del macchinario, anche se per le straniere è complicato, sia per la scarsa conoscenza della mappa del servizio sanitario, sia per la limitata mobilità, data dalla frequente mancanza di mezzi di trasporto propri. Tuttavia, nel caso di una lunga lista d'attesa, qualcuna si è recata nell'ospedale di altra città, come l'intraprendente ecuadoriana Marina che da Perugia è andata in una cittadina non lontana per avere la prestazione in tempi utili<sup>15</sup> o come Caterina che si è recata al nuovo Ospedale della Media Valle del Tevere presso Todi.

In genere le straniere ricorrono al consultorio perché non pagano e per lo più sono indirizzate dal passaparola delle connazionali che lo raccomandano per l'assistenza e il sostegno ricevuti. Per alcune raggiungere il servizio è stata una conquista, specie se si trovano da poco nel nuovo contesto e non hanno chiara l'articolazione del sistema sanitario. La rumena Alina, appena approdata in un Paese straniero, ha stentato a muoversi in quel che definisce una *ragnatela* burocratica: passate appena due settimane dalla scelta del medico di base, si è trovata a doversi procurare anche uno specialista che seguisse la gravidanza. Le colleghe le hanno suggerito di rivolgersi al distretto sociosanitario più vicino, dove ha trovato tutto l'aiuto di cui aveva bisogno.

L'unica migrante che è rimasta isolata e senza assistenza appare una giovane rumena, a causa della sua condizione di irregolare: la mancanza del permesso di soggiorno espone ad una fragilità che porta a rinunciare ai propri diritti. *Non ho fatto tante ecografie perché ancora non avevo i documenti. Ho fatto solo analisi del sangue. A sei mesi ho fatto la morfologica ma era già tardi.*

Le autoctone preferiscono invece il regime privato che ritengono garantisca maggiori attenzioni, la continuità e la personalizzazione del rapporto con lo stesso medico, oltre all'accesso a tecnologie più avanzate, ritenute spesso decisive. Si apprezza anche che lo studio del ginecologo sia vicino all'abitazione o al luogo di lavoro: il tempo si impone come una risorsa cronicamente carente o comunque preziosa, e quello ricevuto a proprio favore si considera un segno di riconoscimento e rispetto delle proprie esigenze. Molte delle italiane raccontano di aver preferito un medico che opera contemporaneamente come dipendente dell'ospedale, perché sono convinte che questa posizione assicuri esperienza professionale e perché si aspettano che un simile ginecologo, dopo aver accompagnato l'intero percorso di maternità, assista poi al momento del parto<sup>16</sup>.

---

<sup>15</sup> Marina racconta di aver programmato la gravidanza a 30 anni, quattro dopo il matrimonio, benché le sue connazionali in genere diventino madri assai più giovani. Le motivazioni della "moratoria" sono le stesse addotte dalle intervistate autoctone: la sicurezza della casa, la stabilità del lavoro, la solidità della coppia. In più ha provveduto a munirsi di patente e di auto poiché ritiene che senza mezzo proprio la vita quotidiana con un bambino piccolo – e ancor prima con la gravidanza – presenti troppa difficoltà organizzative.

<sup>16</sup> In realtà la presenza del ginecologo di fiducia non è sempre possibile a causa delle turnazioni. In alcuni casi lui o lei è accorso/a presso la paziente in travaglio, magari sotto sua pressione,

Tranne rare eccezioni, la valutazione dei servizi territoriali è positiva sia nelle migranti, sia nelle rare italiane che si sono ad essi rivolte<sup>17</sup>. Più critico è invece il parere sull'ambulatorio di Medicina prenatale del Policlinico di Perugia, a cui molte straniere accedono, essendo per loro l'ospedale il punto di riferimento più immediato.

L'uzbeca Alessia, indicando proprio l'ecografia come prova della scarsa efficacia del servizio, dà un pessimo giudizio degli operatori, che pure le erano stati consigliati dal medico di base per la gratuità delle prestazioni e le alte competenze: ha trovato molta gente in attesa, molta confusione e, soprattutto, del personale costituito esclusivamente da specializzandi (*studenti*, lei dice) che non le fornivano nessun chiarimento su ciò che rilevavano dalle immagini: *Facevano l'ecografia e io chiedevo "Come? Che avete visto? Mi fate vedere?". Nulla*<sup>18</sup>.

Anche Lidia<sup>19</sup> disapprova severamente i medici ospedalieri, poco sensibili e frettolosi.

*Mi metto seduta, mi sdraio, [il dottore] comincia a misurà tutto, io facevo le domande e questo non rispondeva. Poi mi fa: "Puoi alzarti, ho finito." Io dico: "Ma scusa!" Io non vedo l'ora, io lo so che tra un po' di mesi sarà mio ma, sai, una mamma che sa che è incinta, sa che aspetta questo figlio, sa come sarà, fa mille domande a se stessa. Ho detto: "Dottore, ma scusami!", perché io riesco a parlare, ma ci sono donne che non riescono a parlare, ché non sanno la lingua, poverine e sono costrette ad accettare qualsiasi cosa. Ho detto: "Scusi, ma io sto qua da due ore, mi fai il controllo, ma non posso vederlo questo figlio? È mio diritto di vedere questo figlio com'è!" Lui mi gira il computer e mi dice: "Questa è la testa, queste le mani, questi i piedi, queste le gambe." Senza l'anima. È vero – me l'hanno detto*

---

anche se non doveva trovarsi in quel momento in ospedale, ma questo non può non comportare complicazioni nel reparto.

<sup>17</sup> Le autoctone frequentano invece massicciamente i servizi territoriali per i corsi di accompagnamento alla nascita, mentre le straniere più di rado vi partecipano, sia perché manca loro oggettivamente il tempo a causa degli orari lavorativi, sia perché non li ritengono utili o necessari. Per venire incontro alle loro esigenze, in alcuni consultori sono stati organizzati CAN brevi, di soli tre o cinque incontri, che consentono almeno un primo livello di informazione e di contatto.

<sup>18</sup> Dopo il parto Alessia esalta invece la professionalità dei medici che l'hanno assistita al Policlinico di Perugia, sostenendo di dovere la vita stessa, sua e del bambino, al reparto di ostetricia del Policlinico di Perugia, che ha risolto le complicità da cui è stata colpita a causa di una grave gestosi. Cfr. Giacalone F., *passim*.

<sup>19</sup> L'albanese aveva prenotato la morfologica attraverso il consultorio, ma la lista d'attesa era troppo lunga e si è quindi rivolta a un privato. La ginecologa del servizio pubblico le ha consigliato di non annullare l'appuntamento e di ripetere l'esame. Ha quindi potuto comparare le due prestazioni.

*tutti – che fanno mille parti al giorno, ho capito, ma vengono pagati! Sono uscita fuori e m’ha visto una che conoscevo e m’ha detto: “Che c’hai, Lidia?” E ho detto: “Guarda, così così..” Lei m’ha detto: “Vai nel privato con lui, prenota una visita privata, vedrai come ti fa vedere tutto. Anche le unghie ti fa vedere, perché paghi!”.*

Abbiamo notato anche noi, nei sopralluoghi osservativi condotti nell’affollato ambulatorio, le sue disfunzioni. Qui è opportuno almeno accennare all’intreccio e alla sovrapposizione tra “pubblico” e “privato”, a cui fa cenno la conoscente di Lidia. Com’è noto, un medico che esercita la professione in ospedale, può avere un suo studio privato ad esso esterno, oppure condurre attività “intramuraria” utilizzando le strutture ambulatoriali e diagnostiche del SSN. Sono prestazioni soggette al pagamento di un compenso liberamente stabilito dal professionista e approvato dalla Direzione Sanitaria. Il medico è tenuto al rilascio di regolare fattura e la spesa è detraibile dalle imposte. L’ambulatorio è invece gratuito, ma la donna non può scegliere il ginecologo, che peraltro in quel contesto può cambiare ogni volta secondo i turni e le disponibilità. Al contrario per molte gestanti la continuità della relazione con il medico è una fonte di sicurezza irrinunciabile. Lo sottolinea Alessia, della quale abbiamo già riferito le critiche mosse al Centro: *Di solito quando vai dal privato, ti fa tutto, ti fa vedere, ti fa spiegare, ti fa vedere l’ecografie, come, quanti, i battiti cardiaci, ti fa vedere tutto. [Nell’ambulatorio] non ho trovato questo... Quando sono uscita, non ho portato a casa nessuna cartella. Sono arrivata a casa con una lista di esami che devo fare e basta.*

Molte intervistate, soprattutto autoctone, come si è detto, sono ricorse in gravidanza ad un medico privato che opera anche come dipendente dell’ospedale. In questi casi lo spazio “pubblico” – reparto di ostetricia ed ambulatori – appare poroso: le demarcazioni che lo separano dal regime “privato” delle prestazioni sono spesso e facilmente valicabili: sono confini invisibili e labili. Durante i nostri sopralluoghi al Centro di medicina prenatale abbiamo assistito in vari casi a trattamenti preferenziali dei ginecologi nei confronti di pazienti che essi seguono a pagamento: si tratta di agevolarle nell’accesso, evitando le file in attesa e la prenotazione al CUP. La domanda retorica – *“Facciamo un tracciatino alla signora?”* – rivolta da un medico all’ostetrica, è uno dei possibili esempi: il ginecologo con un atteggiamento paternalistico di familiarità verso l’utente e l’operatrice, accentuato dal braccio intorno alle spalle di entrambe, evita elegantemente l’osservanza delle procedure, fondandosi sulla sua duplice autorevolezza di professionista pubblico e privato.

Queste facilitazioni contrastano vistosamente con il caso di un’africana, che troviamo di lì a poco nella sala d’aspetto del Centro: preoccupata ed inquieta, agita dei fogli che tiene in mano. Ci dice che ha appena finito la visita, deve fare un’ecografia, ma non c’è più tempo: la prenotazione cade troppo oltre il termine che il medico le ha fissato e non sa cosa fare. Come si è già accennato, il percorso della gravidanza è costellato di scadenze e, tra queste, l’esame morfologico è una tappa importante per verificare lo stato di salute del feto. Ma la richiesta al CUP

deve essere presentata molto presto perché l'attesa può essere lunga. Le suggeriamo di sollecitare una soluzione dal dottore, ma lei replica che è tutto inutile e se ne va, continuando a borbottare agitata con l'amica che l'accompagna. Non possiamo sapere quale sia stata la conclusione a cui è approdata. Se non avrà rinunciato, rientrerà nel novero di coloro che *fanno la spola, avanti e indietro* tra le varie strutture – è una ginecologa che si esprime così – per risolvere il loro problema.

Le facilitazioni del percorso da parte del medico possono dipendere da ragioni anche lodevoli, indipendenti dall'onorario. Lo testimonia Ilda, un'albanese in condizioni di particolare indigenza, che ha effettuato i controlli per la sua gravidanza a rischio nella più completa informalità grazie ai rapporti di amicizia con il ginecologo, di cui sua madre era domestica<sup>20</sup>. La ragazza è stata infatti seguita con esami mensili, comprensivi di ecografia, senza attese e senza passare attraverso la prenotazione ed il pagamento del ticket. *Ha fatto, diciamo, un'opera buona* – dice lei –. *Magari gli compravo qualcosa per i figli, per compensare, per ringraziare, però non ha mai chiesto niente*. A conferma della sua disponibilità disinteressata, il dottore anche dopo il parto si è informato telefonicamente delle sue condizioni e di quelle del bambino.

La questione del rapporto tra servizio pubblico e regime privato, cruciale nel nostro sistema sanitario, meriterebbe una discussione articolata che ci porterebbe lontano<sup>21</sup>. Qui ci limitiamo a rilevare che il "pubblico" richiama in sé l'equità nell'accesso, ma è anche un progetto istituzionale che si riversa in molteplici terminali e in una pluralità di spazi deputati, e che si traduce in una grande complessità di pratiche quotidiane e di concrete relazioni tra operatori e utenti, con la mediazione di procedure burocratiche e di tecnologie più o meno raffinate. Entro questa rete il consultorio ha una rilevanza centrale per le gestanti e le puerpere, orientandosi, specie in questi ultimi anni, verso interventi innovativi e fondandosi in genere sull'intenso impegno delle operatrici, che tendono a prendere in carico complessivamente la donna, in particolare se migrante. Per le ecografie, la differenza tra "pubblico" e "privato" sta in primo luogo nel numero: tre al consultorio, ovviamente se non intervengono complicanze, assai di più presso lo studio del ginecologo, fino a una ogni mese.

Milena, con la fermezza e la serena pacatezza che le provengono dalla competenza acquisita con i suoi parti e la sua militanza in un'associazione a favore del parto naturale (Nascere in Casa – Umbria), parla della quantità opportuna

---

<sup>20</sup> Cfr. Giacalone F., *passim*

<sup>21</sup> Rimandiamo a due contributi di Tullio Seppilli (2010, 2012) sulla categoria di "bene comune", oggetto oggi di ampio dibattito: il primo l'affronta specificamente dal punto di vista della salute, il secondo è di carattere più generale, ma consente comunque una riflessione pertinente, rimarcando ad esempio nella nota finale che il "comune" non può non fondarsi sul "pubblico", osservazione che – almeno in ambito sanitario – è del tutto condivisibile.

di accertamenti a cui sottoporsi. Raccontando di aver effettuato una ecografia al trimestre presso il consultorio, aggiunge:

*I ginecologi ne fanno una al mese e non c'è bisogno. Se la Asl ha stabilito di farne tre, ci sarà un motivo, non è solo una questione di prassi dell'Asl. La prima si fa al terzo mese. Farla subito non ha senso, non serve a niente, anche perchè il giorno dopo potresti anche perderlo: al terzo mese serve per vedere se l'ovulo si è attaccato bene. Quella del sesto mese è la morfologica, che vede se tutti gli organi che ci devono essere in quel momento, si sono sviluppati in maniera adeguata. E l'ultima è quella di preparazione.*

L'albanese Majlinda<sup>22</sup> che, benché immigrata, ha preferito al consultorio una dottoressa privata perché le pareva desse le garanzie di cui sentiva il bisogno alla prima esperienza, si è sottoposta ad una ecografia ogni mese e mezzo, dietro il suggerimento medico che lei ogni volta accettava per sentirsi più sicura.

*I privati fanno così, per tranquillizzare un po' noi. Cerchiamo noi di stare più tranquille. Andavo, facevo la visita di routine e mi chiedeva se volevo fare anche l'ecografia e io dicevo di sì. Lo volevo vedere e mi sentivo più tranquilla. L'impatto con l'ecografia è stato assai positivo: La cosa più bella che ti può succedere. Era bello sentire il battito del cuore e vedere il movimento. Non vedevo l'ora quando andavo.*

È dunque l'ansia che spinge a moltiplicare gli accertamenti, con la complicità del medico. Roberta ne ha eseguito uno al mese presso la ginecologa di fiducia che lo richiede d'abitudine, mentre a lei serviva per superare le sue inquietudini, che non ha esitato a definire patologiche:

*La ginecologa aveva questo andamento, io mi sentivo più tranquilla e poi era un piacere vedere [la bambina] crescere. Col senno di poi dico che sono state tante, però con un altro figlio le rifarei uguali. Sono ipocondriaca, quindi preferisco essere rassicurata.*

C'è chi ricerca le tecnologie più raffinate, che non si trovano nei consultori ma neppure negli studi dei ginecologi prescelti. Mara per l'amniocentesi è andata fino a Roma, dove poteva avvalersi di una strumentazione sofisticata. Adriana si è sottoposta alle tre ecografie di norma ma – pagandole più dell'onorario delle visite (100 euro l'una) – è ricorsa a un noto specialista presso cui è disponibile la tridimensionale: *si va da lui perché ci chiappa, c(i)azzecca!*

---

<sup>22</sup> Diventata madre a 24 anni, coniugata con un connazionale, è istruttrice di ginnastica.

Sabrina ha fatto sette controlli con gli ultrasuoni, variamente motivati (una *piaghetta* all'utero, l'immobilità percepita del feto...), eseguiti tutti in ospedale, come le consigliava la sua ginecologa privata, ad eccezione della morfologica per la quale si è rivolta a un ulteriore specialista perché voleva che fosse accurata, mentre in ospedale *ti seguono di sfuggita, di corsa*: è convinta infatti che con quella tecnica, se ben applicata, si vedono *tutte le malformazioni*. Non accenna ai problemi che si sarebbero sollevati se gli accertamenti si fossero rivelati positivi.

Se possibile, le donne si fanno accompagnare all'esame ecografico dal partner, ritenendo importante che anche lui "veda", stabilisca un rapporto con il feto e condivida le emozioni date dall'immagine. Quando l'iniziativa è presa spontaneamente dall'uomo, apprezzano il suo desiderio di partecipazione.

Alla prima ecografia di Sabrina, davanti al battito cardiaco, il futuro papà è stato colto da uno sbalordimento che l'ha annichilito, tanto che la ginecologa gli ha detto: *"Ti vedo perplesso! Te lo faccio risentì". È rimasto incredulo. Perché quando uno desidera un bambino, un bambino desiderato come il mio...*<sup>23</sup>

In qualche caso assiste la madre della donna incinta. Ilda, che si è sottoposta a ben otto ecografie per le ripetute minacce d'aborto, ogni volta era accompagnata dall'intera famiglia, dove tutti – marito, genitori e fratello – erano conquistati dall'immagine ultrasonografica. Anche Caterina vi si reca con il partner e i suoi quattro bambini, dai dieci ai due anni, quasi fosse uno spettacolo a cui assistere con l'intera famiglia, affinché questa partecipi e si assicuri che il bambino ci sia davvero.

Eva alla seconda gravidanza ha pensato di portare anche il figlio che di anni ne aveva tre, ma poi l'ha considerato inopportuno. Aveva cominciato a parlargli del fratellino, tuttavia ha riflettuto che per i bambini piccoli i tempi sono molto dilatati, che nove mesi di attesa sarebbero stati lunghi, che si poteva *stranire* e *ingelosire*. Perciò non vi ha accennato più e ritiene di aver fatto la scelta giusta. Infatti, nonostante crescesse la pancia, il figlio faceva finta di niente. Allora ha ritenuto che non era il caso di mostrargli con l'ecografia *un cosino nero che si vede male*, specie per lui, *che è abituato alla tridimensionalità dei cartoni animati [...] l'avrei spaventato inutilmente*.

Alcune intervistate raccontano di aver ricevuto il cd o la videocassetta delle ecografie e di averle conservate in memoria della vita fetale del figlio. Le ritualità del ciclo di vita da tempo includono le foto, a cominciare da quelle scattate al neonato, in passato nello studio di un operatore e successivamente a casa, una volta diffusa la macchina fotografica amatoriale. Oggi la testimonianza visuale è precocissima e la videoteca personale comincia dalle immagini prodotte dagli

---

<sup>23</sup> Sabrina è stata fidanzata quindici anni perché la coppia non aveva risorse economiche sufficienti a formare un nucleo familiare. Dopo il matrimonio è andata ad abitare presso i suoceri, non potendosi permettere un appartamento autonomo. La nascita del figlio è stata dunque a lungo dilazionata e attesa.

ultrasuoni. Adriana e suo marito hanno invitato a casa gli amici perché assistessero alla proiezione in modo da mostrare a tutti *sto didino che salta*. Teresa ha coinvolto i parenti: con il cd *abbiamo fatto il giro dei nonni e poi a casa ce lo siamo riguardato*. Anche di recente aveva rivisto l'ecografia tridimensionale per ravvisare delle somiglianze con la bambina reale.

## “Oggi si indovina con l'ecografia”<sup>24</sup>: la scoperta del sesso del nascituro

Ilda e i suoi familiari aspettavano con impazienza di sapere il sesso del nascituro, con attese diverse:

*Avevo detto al ginecologo “Se è una femmina – io volevo una femmina, la mia mamma, mio fratello e mio marito un maschio – dillo piano piano, se è un maschio dillo così, subito!”. Il giorno che siamo andati a fare st ecografia, me fa “Oh Ilda, è un maschio!” E mio fratello “E vaaiiii!”.*

Varie intervistate parlano del diffuso interesse per la scoperta del sesso. Una sola intervistata, in attesa del secondo figlio, dichiara di non fare affidamento sull'ecografia: *I dubbi c'èno, c'è sempre una possibilità che non sia vero*. Le hanno annunciato un maschio, ma lei desidera una femmina e non ha perso tutte le speranze: sostiene che con una sua parente hanno clamorosamente sbagliato.

Non si sono invece incontrate madri o coppie che abbiano preferito la sorpresa al momento della nascita, come appariva frequente quando l'ecografia era stata introdotta da poco: da una rilevazione di Cristina Papa (1990) emerse che ancora si preferiva spesso affidarsi alle precognizioni tradizionali connesse ai segni del corpo della gravida. Com'è noto, i simboli del maschile/femminile sono ricondotti nella cultura popolare ad alcune opposizioni binarie: ventre tondo/appuntito, uso spontaneo della destra/sinistra nella madre, abbellimento/imbruttimento del suo volto, comparsa o meno di macchie sul viso, numeri pari/dispari ricavati da vari indizi, e così via<sup>25</sup>. Benché le previsioni non fossero con-

---

<sup>24</sup> Durante le nostre campagne di ricerca sui saperi e le pratiche connesse alle prime fasi del ciclo di vita nel mondo contadino tradizionale umbro, un'anziana si è espressa con queste parole quando le abbiamo chiesto quali erano le tecniche di precognizione del nascituro. A suo parere non valeva più la pena di parlarne perché rese inutili dall'ecografia: *indovinare* qui non significa più prevedere, ma cogliere nel segno, anche se resta implicita l'evocazione di una certa aleatorietà.

<sup>25</sup> Oltre alle credenze diffuse a livello di senso comune, c'erano persone – per lo più uomini – dotate di saperi specialistici, che prevedevano il sesso sulla base di calcoli fondati sul calendario o sulle lettere dei nomi dei genitori. Nelle campagne ci si rivolgeva spesso loro, che sostenevano di sbagliare raramente.

cordi e si rivelassero poco affidabili, alimentavano l'attività fantasmatica intorno al nascituro, testimoniando la partecipazione della comunità all'attesa della donna. Anche a Pennisi e Pola (1992) risultò che in quegli anni si rifuggiva dalla certezza del sesso data dalla tecnologia, quasi interferisse in modo invasivo con le fantasie della coppia e di chi era loro vicino. Ormai, passato un ventennio, non sembrano esserci più resistenze.

In ogni caso l'ecografia non esclude per la donna l'elaborazione a livello profondo di un aspetto decisivo dell'identità del figlio come il genere. Asmaa e Teresa hanno sognato in gravidanza di avere una bambina prima che l'immagine ultrasonografica lo rivelasse. Bice sostiene che se lo sentiva intimamente, per lo stesso intuito che le aveva dato la sicurezza del concepimento.

Eva invece, poiché desiderava una figlia, durante entrambe le gravidanze si rivolgeva al feto al femminile. È stata contenta di sapere il sesso, che è stato invece maschile tutt'e due le volte, poiché ha cambiato la scelta dei nomi e ha potuto stabilire con i figli un rapporto rispondente alla realtà del *post partum*.

Anche Giulia e suo marito avevano sempre immaginato una femmina e in questo caso il desiderio si è avverato. Lei sperava in una figlia per *vedere se era possibile sperimentare un rapporto diverso* da quello avuto con sua madre, che lei definisce *una portatrice sana di maschilismo* e con la quale si è trovata a combattere *una battaglia personale*. Confida invece, da parte sua, di saper attingere per la sua bambina ad *una cultura di solidarietà tra donne*. La rivelazione del sesso ha quindi preparato Giulia fin dalla gravidanza a costruire la relazione con la figlia in una prospettiva di genere.

Caterina avrebbe voluto un maschio dopo tre femmine, ma trovava l'opposizione del primogenito, il quale diceva: *"Io voglio essere speciale a casa, voglio essere unico figlio!"*

Nelle nostre interviste come altrove (Ranisio 1996), non c'è comunque più traccia della preferenza generalizzata per il maschio che si rilevava fino a pochi decenni fa<sup>26</sup>.

## L'amniocentesi

Il SSN offre attualmente alle donne di età superiore ai 35 anni le prestazioni diagnostiche necessarie ad indagare l'eventuale presenza di anomalie di tipo cromosomico, poiché il rischio sembra aumentare con l'età della gestante e diventa più significativo dopo quella soglia. Tuttavia alla fine del 2010 l'Istituto

---

<sup>26</sup> Non è da dimenticare tuttavia che al primo figlio veniva preferita la femmina, che assicurava alla madre l'aiuto necessario nel lavoro domestico e nella cura dei bambini che sarebbero nati dopo, come testimonia il diffuso proverbio: *"Donna di buona razza, prima la ragazza"*.

Superiore di Sanità ha fatto presente che in futuro non si prescriveranno più prestazioni diagnostiche gratuite seguendo il criterio dell'età, ma sulla base di quanto rilevato dal test della "translucenza nucale" a cui già alcune intervistate si sono sottoposte e che consente di rilevare anche le malformazioni congenite, indipendenti dagli anni della madre<sup>27</sup>. Peraltro si tiene conto che amniocentesi e villocentesi sono esami invasivi che possono attentare alla incolumità del feto. Al di là di questi nuovi orientamenti messi a punto su basi epidemiologiche, la tecnologia permette di verificare l'integrità della salute del figlio fin nella vita intrauterina, lasciando ai genitori – e alla madre in particolare, visto che è in questione il suo corpo – la pesantissima responsabilità di scegliere se accettare un bambino malato o disabile, oppure abortire. Si possono pressoché cancellare i dubbi che un tempo accompagnavano fino alla nascita ma altri, più angosciosi, assalgono davanti alla decisione.

Anche se per età avrebbe potuto effettuare l'analisi gratuitamente, c'è chi vi ha rinunciato per non affrontare l'ansia del responso e soprattutto per non trovarsi, in caso di malformazioni, di fronte ad una scelta angosciosa. La possibilità dell'amniocentesi è stata presa in considerazione anche da donne al di sotto dei 35 anni, benché poi non vi siano ricorse.

Lucia, con i suoi 41 anni al primo figlio rifiuta di sottoporsi ad altri accertamenti oltre le ecografie, come la translucenza nucale<sup>28</sup> che pure le era stata prospettata:

*Mi avrebbe dato una percentuale che mi avrebbe messo in allarme, mi avrebbe disturbato. Ho detto: "Come va, va", tanto lo sentivo già mio.*

Il calcolo delle probabilità le avrebbe aperto la strada a fantasie negative, a margini di dubbio che rifiutava: meglio affidarsi all'attesa, tanto più che in ogni caso non avrebbe abortito.

Altre donne, pur in ansia per la salute del bambino, hanno preso questa stessa decisione. Ad esempio Teresa ha ritenuto inutili gli esami che avrebbero svelato una possibile patologia del feto, poiché in ogni caso non avrebbe preso provvedimenti. Tuttavia è stata assalita da molte paure: in quel periodo, studiando per

---

<sup>27</sup> L'età è considerata un rischio "generico", calcolabile intorno al 30%, mentre il rischio "individuale" arriva al 95% circa. Per questo l'Istituto superiore di sanità nelle sue linee guida preferisce sia rilevato il secondo, con indagini che includono la segnalazione delle malformazioni genetiche e non solo quelle cromosomiche.

<sup>28</sup> Il test della translucenza nucale è un esame ecografico non invasivo della raccolta di liquido che si trova in una fessura della regione nucale del feto. Un aumento del suo spessore è indice di un aumento del rischio di anomalie cromosomiche, come la sindrome di Down, e di alcune malformazioni. La misurazione della TN richiede apparecchiature di ultima generazione e personale qualificato.

sostenere l'esame di pedagogia speciale al corso di laurea in Scienze della formazione primaria, leggeva dei tanti genitori che si immaginano il figlio perfetto ed a cui invece nasce un bambino cosiddetto "rotto". Nell'ipotesi che potesse succedere anche a lei, cercava di non crearsi con la fantasia una *favola perfetta*. *Pensieri scuri ne ho avuti, ma ho cercato di non farmene.*

Milena spiega la sua posizione con un'argomentazione più ampia: aldilà dei rischi che l'amniocentesi comporta e dei margini di aleatorietà che lascia, non riteneva giusto operare una scelta "al buio", prima della nascita e dell'impatto reale con il bambino: solo allora avrebbe saputo dalla propria reazione come lo avrebbe accettato, indipendentemente dalle sue condizioni. Inoltre temeva di essere condizionata dal fatto di avere già una figlia, rispetto alla quale sentiva delle responsabilità.

*Ho seguito una mia etica e ho deciso di non farla [l'amniocentesi] per il semplice fatto che avevamo già un'altra bimba e la scelta sarebbe stata comunque influenzata. Se mi avessero trovato un bambino con delle difficoltà, cosa avrei fatto? L'avrei accettato o non l'avrei accettato? Avendo un'altra figlia ti poni il problema. Non c'è solo la questione fisica: ho un bambino che ha dei problemi, però ne ho anche un'altra che non ne ha. Perché glielo devo dare? Io ho 38 anni, mica camperò chissà fino a quando... il problema lo lascerò a lei. E poi con l'amniocentesi si vedono solo 5 tipi di malattie, non tutte. E se lui ne ha un'altra? Io la scelta la faccio nel momento in cui lo vedo e non so come una possa stare in quel momento. Però saperlo prima non ha senso, perché comunque è anche rischiosa come visita: a delle donne gli hanno bucato il sacco, sono uscite le acque e sono dovute stare a riposo per farle riassorbire. Sinceramente io non me la sono sentita.*

Anche Makoko, benché abbia partorito la seconda figlia dopo i 35 anni, ha rifiutato l'amniocentesi, dal momento che la sola ecografia le aveva procurato tanta ansia per il sospetto ritardo di sviluppo del feto. Ha preferito affidarsi al caso: *Come viene, viene*. Critica aspramente i medici che, subito prima del parto, le hanno chiesto se aveva eseguito quell'analisi, inculcandole di nuovo il timore che ci fosse qualcosa di preoccupante.

*Pensa che solo due ore prima di partorire, mi hanno chiesto se avevo fatto l'amniocentesi. Mi hanno spaventata, ho chiesto se c'era qualche problema e sono stata male anche per questo. Sono domande di routine, ma farle in quel momento... tanto che cambia? Anche se l'avevo fatta e l'esito era negativo, a quel punto che cambia per me?*

Altre donne hanno invece ritenuto opportuno sottoporsi all'amniocentesi, anche se l'accertamento in sé ha comportato della tensione per il suo carattere invasivo e per l'attesa del responso.

Racconta Ines: *Diciamo che mi ha fatto un po' effetto, a parte che il mio ginecologo e il suo assistente sono stati abbastanza accorti. Però la cosa che mi ha fatto effetto è stata vedere [il bambino] nel monitor con quest'ago che gli passava vicino e lui che ritraeva i piedi. Ha fatto proprio uno scatto e quindi quello è stato un momento un po' così...*

Bice ha eseguito le prime due ecografie nell'ambulatorio del medico curante che è anche ginecologo; le successive, con una periodicità mensile, presso la specialista; per la morfologica si è recata da un altro dottore ancora, perché considerato *uno dei migliori anche a livello di macchinari*. Ha pagato 400-500 euro, ma aggiunge di averlo preferito, perché nel servizio pubblico pensa che non avrebbe trovato la stessa tecnologia: *mi sono sentita più sicura così*. Tuttavia, per l'amniocentesi è ricorsa al sistema pubblico, perché privatamente sarebbe costata circa 1000 euro, mentre per la sua età, ha avuto diritto all'accertamento gratuito. Racconta che il momento in cui si ritirano i risultati, ci si sente *strani*:

*un po' di battarella di cuore ce l'hai, anche se tendi sempre a non pensare... ti assicuro che quando apri quel fogliettino pieno di nomi scientifici, non capisci niente.*

Al contrario di chi vive con apprensione questo accertamento, Mara ne parla con vero entusiasmo perché le ha dato la possibilità di vedere meglio il suo bambino e realizzarne, in questo modo, la presenza: la tecnologia esercita su di lei un fascino straordinario.

*È stata una visita stupenda – dice – mi è piaciuta tantissimo perché ho visto il bimbo... vedi proprio il bambino, le mani, i piedini, ed è stata un'emozione bellissima. Mi viene da piangere a ricordarla. Poi avendola fatta a Roma, c'erano gli schermi giganti in tridimensionale... guarda, è stata proprio un'esperienza bellissima.*

Clara, infermiera, ha affrontato l'amniocentesi senza esitazioni, perché ritiene giusto *sfruttare tutte le cose che la medicina mette a disposizione*. Dopo è dovuta stare tre giorni a letto, ma ha atteso i risultati con serenità per la sua capacità di controllare le emozioni.

Rayna Rapp (1999) ha dedicato un intero testo alla ricerca da lei condotta negli Stati Uniti sulla percezione e sull'impatto culturale dell'amniocentesi e delle diagnosi correlate. Rapp si interroga su come e perché questa tecnologia si è sviluppata, fino a diventare di routine per alcuni segmenti della popolazione femminile; sulla natura stessa dei test prenatali (se possano considerarsi tecnologie eugenetiche od abbiano una funzione liberatoria per le donne); sul modo in cui siano percepiti dai diversi soggetti e su quale immagine hanno prodotto nel senso comune intorno alla genetica ed alla ereditarietà.

L'autrice sostiene e dimostra che questa tecnologia – sia essa accettata o ri-

fiutata – ha trasformato in «pioniere morali» tutte le donne a cui viene offerta: situate alla frontiera della ricerca scientifica, esse sono forzate a compiere scelte letteralmente «incorporate» e a definire quali siano gli standard accettabili che consentono al figlio di entrare nella comunità umana (ivi: 3). Sono esploratrici di territori etici prima impensabili e costruiti dai test stessi, sono «filosofe del privato», «filosofe del limite». Rapp stessa ha abortito, d'accordo con il marito, perché al feto era stata rilevata la sindrome di Down: descrive la sua personale esperienza come devastante.

Ha inizialmente intervistato sia chi ha rifiutato il test, sia chi ha, come lei, interrotto la gravidanza dopo aver ricevuto ciò che in maniera asettica viene chiamata una “diagnosi positiva”. Ma con quest'ultime donne non era facile parlarne: il vocabolario è interamente medico, la grammatica è tecnologica e la sintassi – scrive Rapp – è ancora da negoziare. Il tema l'ha portata a mettere in relazione i diritti dei disabili con i diritti riproduttivi e a segnalare il bisogno di supporto delle donne che si trovano a portare avanti o a rifiutare una gravidanza che farebbe nascere un bambino con gravi disabilità.

Durante l'indagine ha osservato i *counsellors* genetici al lavoro, mentre spiegano in cosa consiste l'amniocentesi e propongono di sottoporvisi. Per convincere la gestante, uno usa questa argomentazione: «Il test dura un minuto, il bambino con sindrome di Down vive con il ritardo mentale tutta la vita». Rapp fa notare che l'affermazione, per quanto corretta, nasconde la complessità di ciò che sta nel mezzo: il processo decisionale dell'aborto selettivo e le emozioni che ne derivano. La maggior parte dei *counsellors* insistono sull'autonomia della scelta e sul suo carattere strettamente personale, che attiene solo alla coppia: In realtà questa individualizzazione, coerente del resto con i valori statunitensi, esaspera l'isolamento di chi sperimenta una situazione simile (ivi: 96-97).

Le paure che accompagnano il test sono per lo più esistenziali, come il timore di andare incontro ad un aborto spontaneo o di avere cattive notizie. La preoccupazione è un sentimento che accompagna universalmente nascita e morte. L'amniocentesi si colloca dunque entro uno stato di ansia liminale già preesistente, che si associa alla gravidanza, fase di margine per definizione, colma di pericoli e di possibilità, a cui i test hanno dato una nuova impronta tecnologica. La generazione attuale di donne incinte, invece di ricevere i racconti contestualizzati trasmessi dalle anziane, si trova davanti ad una neutra «epidemiologia dell'attesa», fondata su numeri e statistiche (ivi: 106).

Molte femministe hanno segnalato l'ansia iatrogena prodotta dalla scienza ostetrica contemporanea in generale, e dall'amniocentesi in particolare. Altre sostengono che la critica alla medicalizzazione non deve condurre a sottovalutare la riduzione dei rischi e dei danni che essa ha permesso rispetto al passato. Le donne stesse hanno contemporaneamente esperienza delle costrizioni del controllo medico e dei benefici che ne vengono. E anche le interviste condotte dalla Rapp sull'amniocentesi si collocano in un territorio di conflitto: il desiderio di affidarsi alla tecnologia rivelatrice da un lato e quello di riporre la propria fidu-

cia nei processi naturali, la consapevolezza che questi presentano aspetti creativi ed esaltanti ma insieme inquietanti e forieri di paure, la difficoltà di prendere decisioni impegnative e profondamente coinvolgenti basandosi solo su dati statistici. A quanto Rapp ha constatato e come anche a noi risulta, le donne che “resistono” alla routine tecnologica non appartengono peraltro solo alle classi meno abbienti o alle minoranze, né sono motivate da scarsa alfabetizzazione scientifica o da osservanza religiosa, poiché le ragioni del rifiuto possono essere le più diverse.

Tra le madri da noi intervistate nessuna fortunatamente ha avuto una diagnosi positiva, mentre Rapp ha ascoltato donne che hanno dovuto scegliere. Chi prosegue la gravidanza, nonostante l'esito dell'accertamento, non dà troppo peso al suo significato scientifico e si predispone ad accogliere il figlio su basi diverse da quelle della normalità fissata dalla biomedicina. A questo proposito Rapp riporta, tra gli altri, il caso di una haitiana che aveva partorito un bambino con un problema non chiarito di “trisomia 9”. Quando i medici lo hanno visitato esprimendosi in termini tecnici, la madre ha compreso che parlavano delle caratteristiche facciali del piccolo e ha sentenziato: “Sì, ha il naso dello zio Hervé e le orecchie di zia Matilde”. Ha ricondotto così alla genealogia ciò che i dottori stavano patologizzando.

Le donne che invece abortiscono, hanno in comune il dolore di chi sopravvive a una perdita, ancor più perché questa è frutto di una scelta, anche se alcune sono grate all'amniocentesi per averne dato l'opportunità. Il feto è comunque per loro sia un'entità biomedica che un figlio perduto.

## Riferimenti bibliografici

- Contreras M.J. (2008), *Indagine sociosemiotica sull'esame ecografico di donne in gravidanza*, «AM. Rivista della Società italiana di antropologia medica», 21-26, pp. 417-423.
- Duden B. (1994), *Il corpo della donna come luogo pubblico. Sull'abuso del concetto di vita*, Torino, Bollati Boringhieri (ed. orig.: *Der Frauenlieb als offentlicher Ort*, Luchterhand Literaturverlag, Hamburg-Zurich, 1991).
- Duden B. (2006), *I geni in testa e il feto in grembo. Sguardo storico sul corpo delle donne*, Torino, Bollati Boringhieri (ediz. orig.: *Die Gene in Kopf. Der Fetus in Bauch. Historische zum Frauenkorper*, Offizin-Verlag, Hannover, 2002).
- Papa C. (1990), *Le 'fantasie' della gravidanza: tra medicina ufficiale e medicina popolare in Umbria*, «Storia e Medicina Popolare» VIII, 2-3, 121-140.
- Pennisi L. - Pola M. (1992), *Storie di gravidanza e processo di differenziazione*, in Ammaniti M. (a cura di), *La gravidanza tra fantasia e realtà*, Roma, Il Pensiero Scientifico Editore (Quaderni di Prospettive Psicoanalitiche nel Lavoro Istituzionale), pp. 81-94.
- Piontelli A. (1992), *Dal punto di vista del feto. Brevi appunti su uno studio osservativo della gravidanza e del periodo postnatale*, in Ammaniti M. (a cura di), *La gravidanza tra fantasia e realtà*, cit., pp. 109-119.

- Rapp R. (1999), *Testing Women, Testing the Fetus. The social impact of amniocentesis in America*, New York, Routledge.
- Ranisio G. (1998), *Venire al mondo. Credenze, pratiche, rituali del parto*, II ed., Roma, Meltemi.
- Ranisio G. (2010), *Tecnologie della nascita e nuovi immaginari* in L.M. Lombardi Satriani, a cura, *RelativaMente. Nuovi territori scientifici e prospettive antropologiche*, Armando, Roma, pp. 182-193.
- Seppilli T. (2010, a cura di), *Salute e sanità come beni comuni: per un nuovo sistema sanitario*, «Educazione Sanitaria e Promozione della Salute», 33, 4, pp.369-381.
- Seppilli T. (2012), *Sulla questione dei beni comuni: un contributo antropologico per la costruzione di una strategia politica*, in Marella M.R., *Oltre il pubblico e il privato. Per un diritto dei beni comuni*, postfazione di S. Rodotà, Verona, Ombre Corte, pp. 109-125.