

Percorsi di maternità e soggettività femminile

PAOLA FALTERI e FIORELLA GIACALONE

I due saggi che seguono sono parte di una ricerca promossa dalla Regione Umbria dal titolo: *Maternità e cure allevanti: soggettività femminile e criticità delle prime fasi del corso di vita in donne autoctone e straniere*, svolta nel 2010¹. Gli obiettivi generali del bando regionale a cui ci siamo riferite, riguardavano la *personalizzazione delle cure e l'equità dell'accesso ai servizi*.

La ricerca ha comportato una prima riflessione sulla nozione di "ciclo di vita", assiduamente frequentata in passato come schema di rilevazione ed ordinamento dei materiali folclorici, che trova a nostro parere una nuova vitalità nell'applicazione alla realtà contemporanea come chiave interpretativa sia in rapporto al mutamento ed alla problematicità delle tappe di passaggio dell'esistenza individuale ed alle loro nuove scansioni, sia in rapporto alle istituzioni ed ai servizi – sociosanitari ed educativi ad esempio – che le accompagnano. Le prime fasi del ciclo di vita (concepimento, gravidanza, parto/nascita, puerperio, cure allevanti) sono state investite negli ultimi decenni da profondi ed in gran parte inediti cambiamenti, connessi da un lato alla diversa condizione femminile e dall'altro alla medicalizzazione: sono ampiamente evidenti e noti gli aspetti demografici (la decrescente natalità, la procrastinazione dell'età del primo figlio, la drastica diminuzione della mortalità materno-infantile), ma anche l'interruzione della trasmissione culturale tra generazioni di donne, depositarie un tempo di saperi e pratiche oggi svalutati o disgregati, a fronte della centralità assunta dalle figure esperte a cui oggi ricorrono in particolare le madri al primo figlio.

Forse meno palesi ed indagati sono le diverse concezioni del feto e dei/delle neonati/e, le modalità e i vissuti del parto, la relazione della donna con il proprio corpo, i modelli e le norme da osservare nelle prime cure. La biomedicina e l'organizzazione sociosanitaria hanno inciso radicalmente nella vita femminile ridefinendone le scansioni: la sessualità è considerata autonoma dalla riproduzione.

¹ Il responsabile scientifico era Paola Falteri, con la collaborazione di Fiorella Giacalone. Hanno preso parte alla ricerca E. Ascione, R. Pompili, A. Buccuddu, A. Fiorillo, G. Stoica.

zione ed anzi, questa lo sta diventando dalla sessualità. L'aver figli diventa una "scelta", un ingresso nella maturità che appare problematico, perché implica una responsabilità da assumere in modo irreversibile. Se ne parla da un lato come di "una" tra le tante esperienze che si possono fare, da conciliare con altre componenti della propria vita, dall'altro come di un momento impegnativo di costruzione dell'identità personale.

Questo modello della genitorialità come scelta non esclude ovviamente che siano numerosi i casi di concepimenti indesiderati ed affrontati con scarsa consapevolezza. Tuttavia, sta di fatto che se di recente il saldo demografico non è più passivo, ciò è da attribuire agli immigrati più che agli autoctoni. Per gran parte delle culture di provenienza degli stranieri, infatti, aver figli è una tappa obbligata della vita adulta. La maternità è considerata un destino indiscutibile, parte integrante del compimento della femminilità.

La mutazione ha introdotto peraltro uno spostamento dei tempi della cura: la presenza medica si concentra per lo più sulla gravidanza e sul parto, mentre un tempo – e nelle culture non occidentali ancora oggi – l'attenzione alla donna era distribuita diversamente, poiché era con il puerperio (oggi pressoché cancellato dall'agenda medica) che si mobilitava la rete di sostegno della comunità. Questo ribaltamento dei tempi di cura è peraltro fatto notare dalle immigrate di provenienza non occidentale che sentono, rispetto alla propria cultura di origine, lo squilibrio tra le attenzioni che nel nostro Paese possono ricevere in gravidanza nei servizi sociosanitari e l'isolamento che colpisce quando ritornano a casa con il nuovo nato.

La prospettiva del ciclo coglie le prassi consolidate che le strutture sanitarie esprimono con le offerte dei servizi, rendendo conto insieme – come si accennava – dell'esigenza di "personalizzazione" e di "equità", considerate entrambe nell'ottica di genere. Il sistema dei servizi e la percezione della sua qualità sono stati indagati a partire da quanto viene segnalato nelle interviste alle donne e agli operatori, intesi sia come informatori privilegiati, sia come professionisti che rendono conto della propria esperienza personale. Abbiamo privilegiato il sistema pubblico della sanità senza trascurare la problematica complessità del suo intreccio con le prestazioni private. Inoltre i servizi sono considerati come spazi culturali organizzati, luoghi di relazioni e pratiche, veicoli di saperi, ideologie e ritualità, esplorati con la tecnica dell'osservazione. Di seguito alcune note sulla metodologia della ricerca.

L'indagine si è articolata in più direzioni: (a) le storie di maternità di donne autoctone e immigrate, (b) i sopralluoghi osservativi presso le strutture ospedaliere ed i servizi, (c) i colloqui con gli operatori che lavorano nel settore sanitario, sociale, educativo e in associazioni *no profit* che si occupano a vario titolo di maternità.

Le storie di maternità. Sono state intervistate complessivamente 44 donne a Perugia, Terni, Spoleto, Città di Castello. L'adesione delle madri è stata alta: ciò può essere visto come un segnale del loro interesse a raccontare la propria sto-

ria di maternità a chi era disposto all'ascolto, spesso anche indipendentemente dagli scopi conoscitivi ed applicativi che l'indagine si è proposta. Sul buon esito dei colloqui ha inciso senza dubbio anche l'autorevolezza e l'affidabilità degli operatori e dei servizi – consultori e nidi - che di volta in volta ci hanno segnalato le donne disponibili.

Poiché si può supporre che le utenti fossero in qualche misura, specie tra le straniere, le più integrate, ci siamo rivolte anche a servizi od organizzazioni a cui solitamente ricorrono le fasce marginali o disagiate: gli Uffici di cittadinanza dei Comuni, la Caritas diocesana, il Cidis Onlus (Centro di documentazione, informazione e intervento per lo sviluppo) che a Perugia e Terni ha dato vita a due Centri, denominati "Cloe. Spazio Incontro Donne Immigrate", entro un progetto che prevede specifiche iniziative per le madri straniere con particolare riferimento alla salute riproduttiva.

Le storie di maternità, per lo più di primipare con un figlio da 0 a tre anni (o di pluripare che hanno comunque l'ultimo di questa età), restituiscono il racconto delle vicende e dei vissuti personali che hanno accompagnato la traiettoria di vita in questo periodo decisivo per la donna, con i suoi punti di criticità, non necessariamente legati a problemi di salute e a difficoltà materiali o esistenziali, ma anche soltanto ai mutamenti implicati dalla gravidanza, dal parto, dalla presa in carico del figlio, dal "disagio della normalità". Ogni storia è ovviamente diversa a seconda della provenienza, dell'età, della posizione sociale, del rapporto di coppia, della struttura di personalità, dei significati che le esperienze precedenti hanno strutturato intorno al ruolo materno ed all'arrivo del figlio. Ma la trama narrativa – dal riconosciuto concepimento alle cure allevanti del neonato – presenta necessariamente dei tratti comuni, dati dalle tappe biologiche e culturali più significative. In particolare la trama è attraversata interamente dai ricorsi all'organizzazione sanitaria, che diventano parte integrante dell'esperienza femminile. Su questa base si può disegnare una mappa dei luoghi e delle figure di riferimento, delle opportunità, dei vincoli e delle opzioni, con cui le donne entrano in contatto di volta in volta come pazienti, utenti, clienti, consumatrici.

Per la conduzione delle interviste abbiamo utilizzato la tecnica del colloquio semistrutturato, tenuto sulla base di un temario appositamente predisposto, incentrato sulle principali fasi del percorso di maternità. Questa tipologia di rilevazione ha lasciato all'interlocutrice la massima libertà nell'elaborazione dell'esperienza, in modo che potesse dar forma ad una narrazione che la rappresentava, selezionando le vicende e i vissuti. In apertura abbiamo informato sinteticamente sul carattere della ricerca, assicurando che si trattava di una conversazione informale in cui era data loro la parola per raccontarsi. Si è inoltre garantito, ovviamente, che sarebbe stata osservata la massima riservatezza, rispettando l'anonimato. Abbiamo poi avvertito che i colloqui sarebbero stati audioregistrati per essere poi integralmente trascritti in modo da conservare le loro parole più fedelmente di quanto sarebbe stato possibile con gli appunti scritti. Ognuna ha usato il registro che più le si addiceva: puntualmente informativo, costellato di

particolari dispersivi, cordiale ed espansivo, introspettivo ed intimo, denso di commenti e notazioni anche di carattere generale, talvolta autoironico, in qualche caso con momenti di forte coinvolgimento emotivo, che richiedevano da parte nostra una partecipazione, soprattutto nei casi in cui la memoria andava alla non rara depressione post partum. Nei colloqui del resto si è prodotta una condizione di agio, consentita da una “complicità” resa possibile dalla medesima appartenenza di genere.

Nelle loro narrazioni le immigrate sono in genere più parche di parole, non tanto per problemi di lingua, quanto forse per la maggiore distanza percepita rispetto alle ricercatrici. In particolare, chi di loro è abituata a considerarsi e ad essere considerata “straniera”, è meno sensibile alla complicità di genere di cui si parlava. La sobrietà o riservatezza non possono essere riconducibili ad un tratto di personalità improbabilmente generalizzato o ad una scarsa scolarità (molte hanno un diploma di studi superiori). Sembrano piuttosto da collegarsi all’esigenza, profondamente interiorizzata, di far fronte alle condizioni in cui si trovano a vivere la propria maternità, che portano ad una minore inclinazione alla riflessività della memoria e del racconto. Tuttavia, alcune immigrate si sono soffermate a ricostruire la propria storia, oppure non hanno mancato di muovere critiche all’organizzazione sociosanitaria o, in generale, al *welfare* del nostro Paese, talvolta mettendolo a confronto con altri Stati europei di cui hanno conoscenza diretta o indiretta.

I colloqui sono stati condotti nelle abitazioni delle interlocutrici, sempre in presenza del figlio, oppure in un locale dei servizi che avevano con loro preso contatti. In quest’ultimo caso le donne per lo più sono invece arrivate da sole, dando l’impressione di considerare l’incontro come un tempo da prendersi per sé. È da sottolineare che i servizi hanno avuto cura di riservarci spazi adeguati e tranquilli, specie nei nidi dove per tradizione professionale si è abituati ad organizzare l’accoglienza degli utenti piccoli ed adulti.

Le interviste sono durate da un’ora a due ore e mezzo. La lunghezza dell’incontro è dipesa dalla disponibilità di tempo delle madri, ma anche dal loro rapporto con l’oralità, ora più timido, conciso, riservato o tendente ad un registro più informativo, ora invece loquace, emotivamente partecipato ed aperto alle confidenze anche più intime.

I colloqui con gli operatori. Gli incontri con gli operatori hanno avuto caratteri molto vari: in alcuni casi sono avvenuti in modo informale durante i sopralluoghi o su appuntamento, ma nella forma di una libera conversazione su cui sono state prese annotazioni scritte. In altri si è trattato di una vera e propria intervista audioregistrata e poi trascritta. Anche la durata di conseguenza è stata molto diversa, da brevi scambi a lunghi colloqui. I temi sono stati differenti a seconda della tipologia di servizio o di intervento, della professionalità e di ciò che all’interlocutore pareva utile far presente. In generale abbiamo teso a rilevare un bilancio della propria esperienza, l’immagine dell’utenza e del servizio, i problemi ritenuti rilevanti nell’attività lavorativa, i casi più significativi di intervento.

Anche la disponibilità è stata variabile. Talvolta la nostra richiesta di collaborazione è stata ritenuta interessante, specie se preceduta da altre occasioni di contatto, che avevano prodotto in qualche misura stima e familiarità; ma anche laddove non si aveva notizia della nostra attività di ricerca e formazione, l'accoglienza è stata favorevole. In alcuni casi l'incontro è stato a lungo dilazionato perché gli operatori ritenevano di non poter parlare neppure degli argomenti più elementari e meno legati al vincolo della riservatezza, rimandando ad iter burocratici lunghi, complessi e gerarchicamente articolati.

I sopralluoghi osservativi. Abbiamo praticato l'osservazione nei servizi socio-sanitari del territorio e in particolare nei consultori, nelle strutture ospedaliere e nei reparti di ostetricia e chirurgia, oltre che negli Uffici di cittadinanza e nei nidi dove ci siamo recate per incontrare le madri. Si è trattato prevalentemente di osservazione diretta, poiché quella partecipante, che caratterizza gran parte dell'etnografia, non è esercitabile quando non si può entrare attivamente all'interno di un contesto: se si ha a che fare ad esempio con l'ambito delle prestazioni professionali, peraltro riservate, all'osservatore non resta che fermarsi – per così dire – sulla soglia, salvo aver stabilito accordi complessi che avrebbero vincolato la ricerca a privilegiare questa direttrice. A maggior ragione abbiamo potuto solo occasionalmente fare – come si usa dire nella pratica etnografica – “l'ombra” (*shadowing*). Ci sarebbe interessato accompagnare fianco a fianco le donne in quanto utenti, nei percorsi in cui si articola il rapporto con i servizi socio-sanitari, in particolare durante l'espletamento delle procedure burocratiche da essi richieste. Le narrazioni delle madri includono di rado queste pratiche, ritenute normali ed ineludibili. Solo con lo *shadowing* si sarebbero potute indagare tenendo conto del loro punto di vista. L'impedimento che abbiamo incontrato dipende da cause facilmente intuibili: è necessaria una grande familiarità con la persona in questione o, in alternativa, è richiesta da parte sua la massima disponibilità per accettare accanto la presenza prolungata di un'estranea, ed occorre molto tempo per abituarsi a questa insolita vicinanza, organizzandola senza interferire troppo.