

De Sanctis, D., Fariello, S. e Strazzeri, I.
(2020), *Sociologia della maternità*,
Milano-Udine, Mimesis, pp. 256

AG AboutGender
2022, 11(21), 447-455
CC BY-NC

Giulia Stolfi

University of Florence, Italy

Sociologia della maternità apre lo sguardo su un tema - quello della maternità e del parto - che è rimasto a lungo inesplorato, sia nel campo sociologico e filosofico, che nell'ambito della riflessione femminista. Il silenzio che circonda la maternità riguarda anche il contesto sociale, dove il vissuto materno non trova spazio di discussione, se non attraverso le forme e il linguaggio oggettificanti del sapere medico-scientifico e la visione idealizzata e stereotipata, oltre che sempre più performativa, proposta a livello mediatico.

Il libro di Sara Fariello e Irene Strazzeri, corredato dall'appendice di Davide De Sanctis, si sviluppa proprio a partire dalla messa in discussione sia della visione "neutra" del sapere medico - "che, disincarnandosi, vorrebbe sfuggire al condizionamento storico e sociale" - che dell'immagine intimista ed essenzialista proposta dai *media*, una narrazione "che fa della maternità un vissuto interiore irripetibile" (p. 10). L'obiettivo è ripensare e risignificare la maternità, partendo da quella materiale e corporea, attraverso una visione che - "in termini olistici" (p. 17) - tenga conto dei fattori sociali, culturali, politici ed economici che incidono

su di essa. Tale riflessione appare ancora più urgente alla luce del recente dibattito sulla violenza ostetrica, una violenza fisica e simbolica che può essere considerata come paradigmatica della violenza agita nei confronti delle donne (p. 11).

Recentemente alcune studiose si sono interrogate sull'assenza del materno nella riflessione e nel dibattito femminista degli ultimi decenni, che pure è stato caratterizzato da un'ampia tematizzazione di questioni connesse al corpo e alle scelte riproduttive (si pensi a IVG, PMA, *surrogacy*). Secondo la critica, il vuoto teorico è stato determinato dal confronto con la necessità di decostruire il paradigma della maternità intesa come "destino biologico", una necessità che presupponeva un allontanamento dal concetto stesso di maternità. Tale allontanamento, tuttavia, ha condotto a una sorta di "doppia normatività" (Bonu *et al.* 2020, 10), quella del paradigma patriarcale, da un lato, e quella della scelta di non maternità, come unica possibile alternativa, dall'altro. Il testo di Fariello e Strazzeri aggiunge un ulteriore tassello a tale riflessione, indagando le ragioni dell'invisibilizzazione della maternità a livello sociale, che - secondo le autrici - possono essere rintracciate nella costruzione della maternità come esperienza unica e *irripetibile*. Questa rappresentazione, infatti, ha come effetto di confinare l'esperienza materna nell'ambito privato e familiare, con esclusione della dimensione pubblica e politica; una divisione - quella tra pubblico e privato - che riflette la divisione dei ruoli di genere (Scurba 2015). Il testo, dunque, fornisce un contributo significativo al dibattito soprattutto per la prospettiva adottata, che pone al centro la dimensione sociale della maternità, intesa anche nella sua accezione eminentemente pubblica e politica.

Nella prima parte del libro, Strazzeri muove dal tema della maternità corporea della gravidanza e del parto, mettendo a fuoco il rapporto esistente tra medicina e corpo delle donne e inserendo il tema nel più vasto contesto della società medicalizzata. Se da un lato, si assiste alla reificazione e mercificazione del soggetto - anche a causa della progressiva aziendalizzazione del settore sanitario

- per altro verso, la gestione dei rischi connessi alla propria salute è rimessa agli individui, i quali sono invitati a svolgere “continue attività di prevenzione e monitoraggio” (Botrugno e Re 2020, 9). La responsabilità per la propria salute - nella società “salutista” - diviene un dovere morale dei singoli peraltro fortemente genderizzato, dal momento che tali forme di *auto-sorveglianza* sono oggetto di interiorizzazione soprattutto da parte delle donne (Botrugno, Re 2020)¹. Sebbene ogni fase della vita delle donne sia caratterizzata dal ricorso alla medicina preventiva (Pitch 2008), questo approccio appare particolarmente evidente durante la gravidanza, periodo in cui ci si sottopone a “continui prelievi del sangue, amniocentesi, diete, esercizi parto [...] obblighi, cui nessuna donna vuole o può sottrarsi” (p. 37). L’ottica del *rischio* si estende poi anche al parto, che da evento fisiologico diviene una vera e propria condizione patologica che, in quanto tale, richiede l’ospedalizzazione e un’intensa medicalizzazione. Strazzeri osserva: “L’obiettivo della sicurezza della madre e del bambino presiede i modi dell’assistenza al parto, distaccandosi troppo spesso dal corpo-persona della donna mentre ci si appropria del corpo-cosa della madre” (p. 50). La dimensione soggettiva, relazionale ed empatica di quella che dovrebbe essere l’assistenza al parto, viene elisa attraverso procedure che mirano esclusivamente al risultato finale - ovvero quello dell’espulsione fetale - relegando invece la donna in uno stato di “inadeguatezza e passività” (p. 45). E ancora:

L’efficienza presuppone l’uso del partogramma e il controllo della progressione della dilatazione secondo parametri standard [...] il dolore viene controllato farmacologicamente mediante l’epidurale, l’egresso pelvico viene allargato artificialmente tramite l’episiotomia; le lacerazioni irregolari e casuali vengono sostituite dal taglio netto, preciso e voluto (Chiechi 2009, 53).

¹ Com’è stato osservato da alcune autrici, le donne hanno interiorizzato l’idea di una fisicità perfetta, anche in gravidanza. La rincorsa verso tale modello di perfezione salutista le porta a vivere questa fase con un sentimento di *anxiety* (Evans *et al.* 2020).

Si delinea, dunque, l'idea che privare le donne della possibilità di decidere in relazione al proprio corpo e alla propria esperienza di parto costituisca - al pari di altre manifestazioni del controllo *biopolitico* (Pitch 2008) - una forma di disciplinamento che segnala la permanenza di un sistema di dominio e prevaricazione nella sfera riproduttiva delle donne, al fine di assoggettarle e controllarle. Come osserva Strazzeri (pp. 69 ss.), prima i movimenti delle donne e - successivamente - anche gli organismi internazionali sono giunti a "nominare" questa forma di violenza concreta e simbolica che le donne spesso si trovano a sperimentare in gravidanza e, in particolare, nel parto: l'abuso di medicalizzazione, la mancanza di consenso informato, l'interventismo medico, la messa in atto di pratiche degradanti e/o umilianti fanno parte del fenomeno che viene definito "violenza ostetrica".

Essa, non solo rientra nell'ambito della violenza di genere, ma costituisce anche violazione dei diritti umani delle donne, com'è stato recentemente riconosciuto nel Rapporto presentato nel 2019 dalla Relatrice Speciale ONU sulla violenza contro le donne.

La direzione che si va prospettando è quella di riformulare il parto in un'ottica di umanizzazione, restituendo centralità alla dimensione soggettiva, umana, e relazionale. A tal fine - come suggeriscono le autrici - è fondamentale incentivare buone pratiche medico-ostetriche attraverso una formazione che non solo si avvalga delle conoscenze medico-scientifiche, ma passi anche dal recupero di saperi "altri", antropologici, sociologici, filosofici ed etici (pp. 25 e 128).

Tale prospettiva è utile a risignificare non solo il parto, ma anche il *post-partum*. Nella seconda parte del libro, Fariello si sofferma sulla *Depressione Post-Partum* (DDP), evidenziando come l'approccio biomedico non sia sufficiente a spiegarne le ragioni profonde, in quanto esso tende a ridurre la complessità delle emozioni del *post-partum* a fattori di tipo genetico e ormonale. L'autrice, invece,

sottolinea l'esigenza di considerare i fattori sociali che concorrono a determinare la DDP: badare a un neonato, allattarlo, non ricevere sostegno del partner, sperimentare un parto stressante (e talora traumatico).

Si tratta allora di riformulare le problematiche relative alla neo-maternità in un'ottica psico-sociale, che tenga conto dei fattori socio-ambientali (eventi stressanti, condizioni socio-economiche svantaggiate) e psico-sociali (bassa autostima, mancanza di sostegno sociale, difficoltà relazionali con il partner) che influiscono sulle condizioni psicologiche delle donne (p. 112). La teoria biomedica legittima l'idea per cui una madre debba essere necessariamente felice; “ne consegue che quelle che non ce la fanno sono pazze o malate, da curare e non piuttosto donne da sostenere” (p. 113).²

Proprio la crescente consapevolezza circa gli effetti dell'ospedalizzazione e dell'eccesso di medicalizzazione - cui appare connesso anche il rischio di DDP - a partire dagli anni Ottanta ha portato all'affermarsi della tendenza alla *rinaturalizzazione*, che propone un modello di parto naturale e de-medicalizzato³. Tale modello viene visto come una forma di *empowerment* e riappropriazione da parte delle donne dell'evento nascita (pp. 123ss.). Come suggerisce Fariello, tuttavia, sebbene il ritorno alla naturalità del parto abbia indubbiamente prodotto anche risultati positivi, esso contribuisce alla riaffermazione di un'idea essenzialista della maternità, attraverso “una visione comunque normativa e prescrittiva” che rischia l'imposizione di pratiche diverse da quelle del parto medicalizzato, ma che comunque sacrificano e/o limitano la libertà di scelta delle donne (p. 128).

² Fariello offre un'analisi sulla stigmatizzazione delle “cattive madri” e sui fattori sociali che incidono sul vissuto e sui comportamenti materni anche in *Madri assassine. Maternità e figlicidio nel post-patriarcato* (2016).

³ Il parto in un'ottica di *rinaturalizzazione* prevede libertà di movimento durante il travaglio, la possibilità di parto in acqua, la presenza di una persona di fiducia, il *rooming-in*.

Questo modello, infatti, tende a colpevolizzare le donne qualora decidano di ricorrere all'analgesia epidurale o richiedano il taglio cesareo. Se da una parte, come osserva Strazzeri, non sentire il dolore durante il travaglio può "imprigionare" le donne nella sensazione di mancanza di controllo e passività (p. 52), dall'altra, non si possono biasimare quelle donne che quel dolore non vorrebbero provarlo (p. 129). In tal senso, il ricorso a pratiche mediche utili ad alleviare il dolore o che, in generale, possono favorire una migliore esperienza di parto, non va visto come adesione a un modello medico-maschile, ma piuttosto come espressione del più ampio diritto all'autodeterminazione, anche nel parto.⁴

La retorica della maternità naturale investe, peraltro, anche il tema dell'allattamento, rispetto al quale Fariello sottolinea che, sebbene l'allattamento al seno costituisca una scelta personale, essa di fatto risulta fortemente influenzata da fattori di ordine culturale, politico e sociale, diventando una scelta obbligata, a causa degli innumerevoli condizionamenti provenienti da parte dei medici e dalle istituzioni (p. 132).⁵ A ciò si aggiunge anche la prospettiva culturale pro-allattamento, affermatasi per effetto dell'azione della *Leche League* (p. 138).

Per convincere le donne che l'allattamento al seno è la scelta migliore - anche quando queste preferirebbero l'allattamento artificiale - il discorso naturalista fa leva sui sensi di colpa e sulla responsabilità che le madri hanno per il futuro del bambino: "la salute dei figli dipenderà solo dai comportamenti materni nei primi mesi di vita e l'allattamento migliore sarà quello naturale, senza regole né orari" (p. 131).

La pubblica valorizzazione della maternità - evidenza Fariello - entra poi in contrasto con l'assenza di politiche atte a sostenere le donne nell'allattamento. Le donne perlopiù non ricevono infatti continuità di assistenza da parte di ostetriche o puericultrici (p.135). Sono dunque molte le contraddizioni,

⁴ Sul taglio cesareo d'elezione in un'ottica di diritto all'autodeterminazione si veda Poggi (2021).

⁵ Per una prospettiva bioetica e *biopolitica* sull'allattamento si veda Forti e Guardalo (2006).

specialmente quando la maternità si interseca con il problema del lavoro: alle donne si chiede di allattare per molto tempo e a richiesta (l'OMS indica come periodo per lo svezzamento 6 mesi, consigliando tuttavia di continuare ad allattare fino ai due anni di età e oltre). Ciò diviene impraticabile quando la madre deve tornare al lavoro, considerando che il congedo obbligatorio di maternità dura complessivamente solo 5 mesi.

La maternità è la causa principale del *gender gap* o - come suggerisce Fariello - di un vero e proprio *backlash*, che segna un preoccupante arretramento sul piano dei diritti e della parità di genere. Molte donne sono costrette a lasciare il lavoro a causa della incompatibilità tra tempi di lavoro e tempi di cura, oppure ricorrono al lavoro di cura svolto da donne straniere (pp. 148 ss.), un fenomeno - quello dell'esternalizzazione della cura (Sciurba 2015) - che mette in evidenza la dimensione legata ai ruoli di genere e le dinamiche di sfruttamento a essa connesse. Per altro verso, “disoccupazione, precarietà e l'assenza di politiche sociali a sostegno della famiglia scoraggiano la scelta a favore della maternità” (p. 166). L'autrice evidenzia anche che si parla sempre più spesso di “denatalità”, attribuendone la colpa alle donne⁶, poco disposte a sacrificare carriera e tempo libero per la famiglia e i figli. “La maternità è solo una delle possibili relazioni umane” (p. 169) - scrive Fariello - mettendo in evidenza come, al di là della retorica sul pentimento della scelta di non maternità, molte donne si pentono di essere madri, come messo in luce dalla sociologa Orna Donath (2016). In ultimo, la

⁶ Storicamente e culturalmente, sono le madri a essere considerate responsabili per i figli e per tutti gli aspetti riguardanti la loro salute, la crescita e l'educazione. Il *mother blaming* è connesso ai ruoli di genere dal momento che sono principalmente le donne a essere investite del compito di occuparsi della cura dei figli e quando qualcosa non va la colpa ricade inevitabilmente sulle madri. Ladd-Taylor e Umansky (1998) spiegano che la costruzione di “colpe al femminile” si origina a partire dalla gravidanza, in quanto essa è un “lavoro” che solo la donna può compiere, con tutto il carico di responsabilità che essa comporta. Il *mother blaming* può essere anche letto come una forma di controllo che ha come effetto quello di colpevolizzare le donne e deresponsabilizzare gli uomini. Alle donne, quindi, vengono attribuite colpe per ogni problema riguardante i figli anche nell'infanzia e nell'adolescenza, fino all'età adulta. In tal senso, anche la denatalità è vista come una “colpa” delle donne, poiché sono le donne a non volersi impegnare nella scelta di maternità.

riflessione passa attraverso un tema - quello relativo alla Gestazione Per Altri (GPA) o *surrogacy* - che risulta particolarmente divisivo all'interno del dibattito femminista, e non solo. Anche qui, la prospettiva adottata da Fariello rimette al centro la relazione materna, ponendosi in contrasto con l'idea secondo cui la *surrogacy* possa essere vista in termini di autodeterminazione o *agency*. Il punto di vista di Fariello è quello delle pensatrici della differenza. Quest'ultime avevano espresso la loro contrarietà alla GPA, intravedendo in essa il desiderio patriarcale di assoggettare il potenziale riproduttivo delle donne (p. 186): "Scissa dalla soggettività femminile sovrana, la potenza materna diventa mera funzione riproduttiva e produzione corporea di corpi" (p. 182). La logica che si pone alla base della GPA è una logica basata sul profitto e lo sfruttamento, dove il dominio neo-patriarcale, neo-liberista e neo-coloniale si fondono nel mercato della bio-modernità, traendo plusvalore dalla vita e dai corpi riproduttivi (Cooper e Waldby 2015). Anche la retorica del dono e dello spirito altruista delle donne, d'altronde, rinforza una visione essenzialista della femminilità "quella mistica, quella trappola della riproduzione dalla quale le donne cercano faticosamente di liberarsi" (p. 196).

Riferimenti bibliografici

- Bonu, G., Cacioli, P., Castelli, F., Ciarniello, N., Di Martino, T., Masi, P. e Paoletti, R. (2020), Il personale è politico. E la maternità?, in *DWF*, vol. 127-128, n. 3-4, pp. 7-11.
- Botrugno, C. e Re, L. (2020), Introduzione. Homo medicus e commodification, in *Jura Gentium*, vol. XVII, n. 1, pp. 7-28.
- Chiechi, L.M. (2009), *Corpo di donna. La dissacrazione medica dell'integrità corporea femminile*, Roma, Aracne.

- Cooper, M. e Waldby, C. (2014), *Clinical Labor: Tissue Donors and Research Subjects in the Global Bioeconomy*; trad. it. *Biolavoro globale. Corpi e nuova manodopera*, Roma, DeriveApprodi, 2015.
- Donath, O. (2016), *#regrettinmotherhood. Wenn Mütter bereuen*, trad. it. *Pentirsi di essere madri. Storie di donne che tornerebbero indietro*, Torino, Bollati Boringhieri, 2017.
- Duden, B. (1991), *Der Frauenleib als öffentlicher Ort. Vom Mißbrauch des Begriffs Leben*, trad. it. *Il corpo della donna come luogo pubblico. Sull'abuso del concetto di vita*, Torino, Bollati Boringhieri, 1994.
- Evans, A. Riley, S. e Robson, M. (2020), Pregnant with anxiety in the time of contradiction, in *Jura Gentium*, vol. XVII, n. 1, pp. 95-118.
- Fariello, S. (2016), *Madri assassine. Maternità e figlicidio nel post-patriarcato*, Milano-Udine, Mimesis.
- Forti, S. e Guaraldo, O. (2006), Rinforzare la specie. Il corpo femminile tra biopolitica e religione materna, in *Filosofia politica*, vol. XX, n. 1, pp. 56-76.
- Ladd Taylor, M. e Umansky, L. (1998), *"Bad" Mothers: the Politics of Blame in Twentieth-Century America*, New York, New York University Press.
- Pitch, T. (2008), *La società della prevenzione*, Roma, Carocci.
- Poggi, F. (2021), Tra tutela della salute e rispetto dell'autonomia. La libertà di autodeterminazione femminile nella scelta della modalità del parto, in *Biolaw Journal*, n. 1, pp. 105-117.
- Sciurba, A. (2015), *La cura servile, la cura che serve*, Pisa, Pacini Editore.