

Alterità e trascendenza nella cura della nascita

Un decalogo delle virtù ostetriche

Sara Bignotti - Andrea Lojaco*^{*}

Abstract

Alla luce delle linee guida relative alla fisiologia della gravidanza e del parto – promossa dall’OMS, dall’Istituto Superiore di Sanità e dal Ministero della Salute – il contributo riflette su un’idea di cura della nascita non puramente clinica. L’indagine sulla nascita come esperienza archetipica di relazione e affettività, alterità e trascendenza, permette di delineare un Decalogo delle virtù ostetriche.

Relying on guidelines recently produced by WHO, Italian Health Institute and Italian Health Ministry on the physiology of pregnancy and labour, this paper gives some not purely clinical reflections on birth care. The authors investigate birth as an archetypal experience of relationship and affectivity, allowing to outline a Decalogue of obstetrical virtues.

Parole chiave: fisiologia della gravidanza e del parto, cura prenatale, virtù ostetriche

Keywords: physiology of pregnancy and labour, birth care, obstetrical virtues

1. Venire al mondo nella relazione di cura

Ci sono esperienze talmente essenziali da passare inosservate, perché semplicemente presupposte. Esperienze essenziali appunto perché lasciano un segno nella nostra vita. Un segno che, però, richiede di essere

* Sara Bignotti: caporedattore dell’Editrice Morcelliana, editorialista e saggista, insegna editoria all’Università Cattolica del Sacro Cuore di Brescia.

Andrea Lojaco: direttore Unità Operativa complessa di ostetricia e Ginecologia - Ospedale di Desenzano /ASST Garda.

compreso. La nascita è una di esse, perché ha una immediatezza ontica, in quanto fenomeno che si presenta nell'esperienza, ma non ontologica, riguardante il senso di questa sua presenza. Esplicitarne il senso è compito della filosofia.

La nascita è oggetto privilegiato della riflessione filosofica per questa sua essenzialità che caratterizza l'esistenza in due modi: in quanto originata e in quanto sempre nascente o natale, secondo l'accezione assunta dal filosofo Hans Saner, allievo di Jonas, quando distingue tra *Geburt* (nascita) e *Geburtlichkeit* (natalità), come dimensione costitutiva dell'essere¹. Ciò nonostante, come oggetto di indagine nella storia della filosofia è rimasta perlopiù sottotraccia rispetto all'evento contrario della morte a cui si riferisce gran parte del pensiero occidentale, in particolare l'esistenzialismo di Martin Heidegger, del quale in realtà ci sono pagine bellissime, quasi sconosciute, sulla nascita, riscoperte da Silvano Zucal nell'opera che per la prima volta delinea in chiave storico-filosofica, attraverso figure e temi, la specifica attenzione ad essa rivolta dal pensiero occidentale².

La nascita è un oggetto sfuggente più della morte, condizione che ci sovrasta, ci interpella, ma è riferibile a un determinato stato di vita piena precedente. Nell'accezione di inizio, il nascere indica un'apertura dell'essere dove resta indeterminato tanto ciò che la precede tanto ciò che segue. Come momento originario essa resta, per così dire, sempre alle nostre spalle; è costitutivamente anteriore e l'esperienza che ne facciamo è sempre differita, è esperienza della nascita dell'altro, perché della propria non c'è autocoscienza. Se ognuno di noi «fa, da solo, l'esperienza della propria morte, si nasce, invece, sempre attraverso un'altra persona e si concepisce e si mette al mondo un altro essere umano»³. Eppure, la nostra esistenza nel nascere riceve una prima forma d'essere, in riferimento alla quale si costruisce la nostra stessa identità e tutto ciò che noi siamo rinvia lungo tutta la vita. In questa accezione originaria, la nascita è un concetto se così si può dire marginale, che non significa secondario ma, al contrario, costitutivo della riflessione filosofica, perché di confine tra l'essere e il non essere, fra la vita piena e l'opzione della morte – polarità negativa incombente

¹ H. Saner, *Nascita e fantasia. La naturale dissidenza del bambino*, Morcelliana, Brescia 2021(2), p. 73.

² S. Zucal, *Filosofia della nascita*, Morcelliana, Brescia 2017; H. Saner, *Nascita e fantasia. La naturale dissidenza del bambino*, cit.

³ H. Saner, *Nascita e fantasia*, cit., p. 35.

in una Sala parto – ma anche fra una esistenza di senso e di non senso; è un “esistenziale”, una categoria attraverso la quale si mostra il senso dell’umano. Più precisamente, riferita all’origine, si caratterizza come *venire al mondo*, ed è questa accezione che interessa al nostro discorso.

L’accezione di nascita come venire al mondo implica una rete di relazioni, che sono riconducibili sotto il segno della *cura*, non soltanto medica. Nella nascita come fenomeno biologico si mostra con immediatezza l’esposizione dell’umano alla morte e al nulla, alla vulnerabilità e al dolore; e insieme si afferma, in maniera preriflessiva, il bisogno di protezione, di accompagnamento, di cura. La donna al termine della gravidanza ha bisogno di qualcuno che l’assisti nel partorire, ne abbia cura, il bambino che viene alla luce ha bisogno di qualcuno che lo accolga, che lo nutra e che se ne prenda cura, in un modo che caratterizza singolarmente il genere umano e non ha pari nel mondo animale. La nascita è relazione di cura, che si declina sotto vari aspetti su cui fanno chiarezza i diversi saperi della nascita. Se, da una parte, è una categoria che precede logicamente i molteplici approcci scientifici e le varie tematizzazioni che se ne possono dare, dall’altra richiede uno sguardo multifocale: non è acquisibile o riducibile a una sola definizione o a un solo approccio conoscitivo, ma si determina per approssimazione e distinzione attraverso i differenti punti di vista mediante i quali la si può osservare mettendo in campo specifici metodi e competenze.

Più che un semplice oggetto di indagine della filosofia, la nascita appare un osservatorio sul senso dell’esistenza umana, sulla sua origine e sulle caratteristiche che la contraddistinguono nel tempo. Ma, oltre a essere luogo di riflessione, la nascita ci tocca singolarmente, e proprio in quanto esperienza archetipica di relazione è in grado di illuminare le pratiche di assistenza e di cura medica che vi si riferiscono.

2. Esperienza della nascita: il limite e il mistero

La nascita come venire al mondo ci tocca singolarmente con la nascita di un bambino, la forma più immediata e radicale di cui se ne fa esperienza, collettiva e personale. L’evento della nascita di un bambino – con le sue gioie e i suoi dolori, attraverso un vissuto singolare e universale – se, da un lato, appare circoscritto a quell’esperienza particolare, dall’altro mostra significati che lo trascendono e riguardano la nostra esistenza e la riflessione su di essa per tutto l’arco della vita; non secondariamente questi significati

illuminano il senso della cura, nelle varie accezioni in cui essa si dipana e merita di essere indagata.

Il primo dato raccolto durante l'esperienza della nascita in un contesto ospedaliero è che la nascita riguarda diversi approcci – medico e ostetrico – e discipline che hanno metodi e obiettivi anche molto diversi. Dal punto di vista strettamente biologico investe il sapere medico-scientifico, che procede per osservazione empirica, ipotesi e falsificazione, e si avvale di linee guida e procedure predefinite; dal punto di vista esistenziale coinvolge le varie scienze umane che condividono osservazione empirica ed elaborazione teorica, ma mettono in gioco altri metodi come interpretazione, narrazione, scrittura, partecipazione. Non si dà una graduatoria fra gli approcci epistemici, perché tutte le scienze concorrono a una migliore comprensione del fenomeno e le pratiche sono in grado di influire sulle teorie; d'altra parte soltanto la filosofia può dare una visione d'insieme, in grado di far luce sui rapporti fra le diverse scienze, il loro statuto, il loro metodo e sulla specificità dell'oggetto in questione, la nascita, come tema esistenziale e metafisico, non riducibile al puro processo biologico.

La filosofia ha il compito di esplicitare i significati che la nascita di un bambino porta con sé costringendo tanto la scienza medica quanto le altre scienze a ripensare l'idea di cura⁴ a partire dall'esperienza della relazione di cui la nascita è cifra, con l'intento di rendere più adeguate le procedure cliniche e gli strumenti a disposizione degli operatori, più sensibile la scienza ostetrica, più consapevoli le madri che si accostano al percorso nascita e coloro che in vario modo si interessano della cura perinatale e nella prima infanzia, in vari ambiti (formativi o di assistenza sociale, sanitaria, psicologica all'interno per esempio dei consultori). Esplicitare significati e temi non significa approfondirli, questo sarà il compito delle singole discipline; qui cerchiamo solo di indicarne alcuni.

L'esperienza è il fondamento comune a tutti gli approcci; la necessità di osservare il fenomeno da più punti di vista emerge proprio dall'esperienza concreta della nascita di un bambino. Quando si fa ingresso in un ospedale e ci si affida a un professionista della nascita per la presa in carico, così come, con maggior urgenza, si accede a una Sala parto per il travaglio,

⁴ Mi permetto qui di rinviare al volume scritto a due voci con un professionista della nascita, per più di trent'anni responsabile di una Sala parto di riferimento e nel *team* di coloro che hanno elaborato le linee guida sull'assistenza della gravidanza e del parto fisiologico: S. Bignotti - A. Lojaco, *Avere cura del parto ed esserne felici*, Scholé, Brescia 2020.

appare, da una parte, la necessità di affidarsi a procedure, tecniche, teorie mediche e, dall'altra, l'inesauribilità dell'evento, la sua imponderabilità ed enigmatica, che rivelano la sua stessa sporgenza metafisica. Questa si mostra nell'imprevedibilità dell'avvenimento, nella parzialità o insufficienza delle linee guida, che necessitano sempre di adattamento, interpretazione. Emerge nell'assistenza clinica, che richiede diverse competenze, ascolto, empatia, dialogo. In tutto ciò si fa *esperienza del limite della scienza e, insieme, del mistero della nascita*.

Rispettare il mistero della nascita significa anche semplicemente soffermarsi, riflettere, fermarsi prima di intervenire: questo limite, posto dalla scienza in tutela della vita umana, si mostra a chiunque con immediatezza durante il parto, senza essere armati di nozioni filosofiche. Proprio da questo limite, e dal suo mistero, occorre partire per ripensare la *medicina della nascita*.

3. Medicina della nascita: scienza e vita

La medicina della nascita inizia ad aver consapevolezza dei propri limiti e della necessità di una ridefinizione del proprio perimetro a partire dagli anni '80 del secolo scorso, quando si è iniziato a guardare con sospetto un approccio troppo "medicalizzato" alla gravidanza e al parto, e si è iniziato a parlare di "fisiologia". Si è iniziato a comprendere che la nascita non è di per sé una malattia ma va trattata come un evento naturale che tendenzialmente ha una evoluzione fisiologica, e solo in alcuni casi patologica. Unicamente in questi ultimi casi richiede l'intervento medico, per gestire un rischio "medio-alto"; in tutti gli altri richiede una assistenza – o, meglio, una "presa in carico" – puramente ostetrica. Una cesura storica che indica la distinzione di due percorsi. Sostiamo ancora sull'evoluzione storica della vicenda: per quale motivo si è arrivati a questo punto?

Facendo un passo indietro, fino agli anni '50-'60 del secolo scorso la mortalità materna e perinatale era molto elevata, la tendenza era per così dire quella di mettersi senza riserve nelle mani di una medicina di impronta positivista, frutto della modernizzazione scientifica di fine Settecento - inizio Ottocento, della specializzazione delle tecniche mediche e dello sviluppo delle prime strutture sanitarie organizzate. Negli anni '80, proprio grazie alle nuove acquisizioni della scienza, inizia anche a definirsi un'idea inedita di ostetricia come scienza separata e complementare a quella ginecologica e, al tempo stesso, ambito pionieristico da ripensare

sul modello dell'idea dominante di medicina. Lungo il cammino di separazione dei saperi e determinazione più precisa dei diversi compiti, da un lato l'ostetricia si caratterizza con tratti propri e autonomi, dall'altra si mostrano *in nuce* i limiti della scienza medica in quanto tale, la condivisione e la non contrapposizione dei metodi di ricerca e delle pratiche, fra ginecologia e ostetricia, e con questi anche la necessità intrinseca al sapere medico di una medicina più umanistica: emerge la necessità di una *medicina adeguata alla nascita*. Questo richiede, da una parte, la definizione di linee guida appropriate all'assistenza ostetrica, dall'altra il rafforzamento di altre competenze proprie delle scienze umane, che si possono o si devono applicare a livello ambulatoriale in ospedale e nei consultori.

Riguardo al primo aspetto – linee guida – questa necessità trova espressione in una serie di sommovimenti normativi nell'approccio medico alla nascita, che vanno di pari passo alla determinazione delle pratiche e dei protocolli clinici e sono riconducibili, molto in generale, alle 56 raccomandazioni dell'OMS riguardanti il percorso nascita (*WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience*. Geneva: World Health Organization; 2018. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO), che in Italia sono rielaborate e recentemente diffuse in documenti specifici e strumenti operativi⁵ dall'Istituto Superiore di Sanità e dal Ministero della Salute.

Riguardo al secondo aspetto, vale a dire lo sviluppo di competenze di tipo umanistico in relazione alla cura e all'assistenza, bisogna dire che queste ultime hanno iniziato a essere integrate nel percorso nascita, nei corsi di accompagnamento alla nascita e nei consultori, ma ancora è lungo il cammino se le si vuole davvero parte di una visione collettiva, di una diversa cultura della nascita e se si vuole esplicitarle, rafforzarle, forse anche meglio comprenderle e strutturarle in maniera uniforme all'interno della rete ospedaliera e territoriale valorizzandole nella loro autonomia. È un'operazione di ampia portata che vede protagonisti non solo gli operatori sanitari ma anche, e forse soprattutto, le donne.

Sullo sfondo di un profondo mutamento normativo vi sono grandi questioni aperte che riguardano la medicina della nascita, e richiedono di essere chiarite. Si tratta anzitutto del tema della *fisiologia della nascita*, che

⁵ Cfr. il decreto del 2019 che contiene le “linee di indirizzo operativo della presa in carico da parte dell'ostetrica nel percorso nascita fisiologico intraospedaliero”, e rende obbligatori l'*Ambulatorio per la presa in carico a basso rischio* e l'*Agenda del percorso nascita*.

investe il concetto di natura e cultura e richiede un ripensamento dei limiti e delle potenzialità della *cura ostetrica e dell'affettività* come costitutiva dell'esperienza della nascita⁶.

Dal punto di vista strettamente clinico la fisiologia in ambito ostetrico è definita sulla base della distinzione fra un percorso a “basso rischio”, affidato in autonomia alla gestione ostetrica, e a “medio-alto rischio”, affidato in corresponsabilità alla gestione medica e ostetrica. Questa distinzione corrisponde alla sola verifica di parametri organici e vitali. Il problema è che la vita non è contenibile o riducibile entro questi parametri, insufficienti da vari punti di vista, anche clinici, perché, ad esempio, un disagio psichico può influire sull'andamento della gravidanza. Di qui il ricorso alle diverse scienze, come la psicologia clinica, e ad altre competenze necessarie nell'assistenza, per verificare e favorire l'evoluzione naturale di una gravidanza, avendo cura dell'equilibrio psicofisico, osservando l'eventuale presenza di disagi, personali e sociali, che possano compromettere l'evoluzione della gravidanza e del parto. Andrebbero favoriti anche la comprensione emotiva e cognitiva dell'evento della nascita in relazione alla costruzione del sé, una adeguata comprensione dell'inizio della genitorialità, cui è associato l'evento della nascita, etc. Aspetti che sono di competenza delle scienze umane e sociali, educative e filosofiche.

Il concetto di fisiologia della gravidanza e del parto invita a interrogarsi su quello di natura umana, nella sua portata filosofica: la natura è, insieme, *bios* e *zoe*, vita corporea e vita animata, due sostanze – materiale e spirituale – distinte ma non separabili, come appare di fronte al dolore che colpisce la carne ma è diffuso nell'anima, o viceversa, di fronte alla sofferenza interiore che cerca in qualche modo sbocco, è somatizzata in una parte del corpo. Sulla base di questa considerazione è evidente che nell'assistere la nascita non è sufficiente dedicarsi alla cura del benessere organico e dei parametri vitali, ma è fondamentale la cura del benessere interiore e dei vissuti emotivi.

Alla luce di queste distinzioni, l'affermazione di un ritorno alla naturalità del parto è di per sé ambigua. Richiede di specificare che cosa si intenda per “natura”. Quest'ultima riflette la “cultura”, non il puro concetto: riflette l'idea che ne abbiamo. E la cultura è storica, è in divenire, è frutto del suo tempo; per questo abbiamo richiamato uno svolgimento storico

⁶ Cfr. la tripartizione nel volume: S. Bignotti - A. Lojacono, *Avere cura del parto ed esserne felici*.

nell'approccio alla nascita, perché l'idea di naturalità della nascita riflette l'idea prevalente e le contraddizioni del suo tempo.

Vi è bisogno di una presa di coscienza collettiva e individuale della naturalità della nascita, ma anche una elaborazione dell'evoluzione storica del concetto e della necessità di ritornare ai fondamenti dell'umanesimo moderno: l'idea di natura, a seconda di come interpretata – frutto della storia e della filosofia – è in grado di condizionare l'approccio alla nascita, e in particolare alla gravidanza e al parto.

L'idea di un percorso nascita fisiologico ed emotivamente soddisfacente non è questione che si possa semplificare né tantomeno risolvere contrapponendo l'approccio medico-clinico e quello filosofico-antropologico. La cosa importante è comprendere e osservare la distinzione dei piani, tenendo viva la dialettica fra i saperi attraverso un approccio ermeneutico, che non subordina le singole scienze e i loro risultati ma li osserva alla luce di una circolarità dell'interpretazione.

Di grande attualità, a tal proposito, la riflessione del filosofo e medico Viktor von Weizsäcker⁷, che a fine '800 ha inaugurato la svolta umanistica della medicina – sviluppata nel '900 da pensatori come Hans Jonas, Paul Ricoeur etc. – fondando come disciplina autonoma l'antropologia medica⁸. Con essa teorizzava la necessità della medicina di essere integrata da altri saperi e la necessità delle pratiche mediche di avvalersi non solo di tecniche e protocolli ma di competenze relazionali, empatiche, discorsive, intuitive – riferibili oggi a quelle che si dicono competenze trasversali (*soft skills*). Questa sua riflessione mostra una specificità in un percorso fisiologico alla nascita, dove la paziente non è malata, ma richiede un'assistenza su misura per affrontare un evento che ha significati, esigenze, complessità non riconducibili a protocolli clinici standard. Un'assistenza più attenta in senso lato alla “vita”. E sul “concetto di vita” sono eloquenti le parole di Viktor von Weizsäcker:

Il compito più semplice che potremmo porci affrontando questo tema sarebbe quello di fissare e chiarire la trasformazione del senso della vita e come i modi di esperirla siano straordinariamente diversi. [...] Ma il fatto che nelle scienze naturali moderne, sin da quando esistono, ci sia anche un'insicurezza crescente verso il concetto di vita è forse da considerarsi come annuncio di questo stato di cose. [...] quale ne è il motivo? Noi diciamo, per esempio, che la vita è un mistero,

⁷ V. von Weizsäcker, *Filosofia della medicina*, a cura di T. Henkelmann, Guerini, Milano 1990.

⁸ Id., *Antropologia medica*, a cura di O. Tolone, Morcelliana, Brescia 2017.

forse aggiungiamo che la cosa migliore è che resti tale. Ma perché poi l'analizziamo, perché facciamo ricerca biologica? Anche se siamo in laboratorio, curvi sui libri, arriva il momento in cui diciamo: questa non è la vita, questa non è la vita. Ora, la vita è tanto quanto il contrario, forse l'inconciliabile opposto della scienza. La parola vita ha un significato straboccante e noi ci proporremo di non averne paura; non apporteremo nessuna limitazione a ciò che poeti, filosofi e religioni indicano con essa⁹.

L'esperienza della nascita di un bambino, come origine della vita, in quanto evento complesso che coinvolge più soggetti in una dimensione relazionale, pone di fronte alla necessità di riflettere ulteriormente sul senso della "cura".

4. Decalogo delle virtù ostetriche

Della cura ostetrica, dal punto di vista clinico, si dice quali siano le competenze e i confini professionali, essenzialmente che cosa l'ostetrica possa fare in autonomia e che cosa no, si fornisce una serie di protocolli di assistenza elaborati dai gruppi di lavoro preposti alla realizzazione ospedaliera delle linee guida sull'assistenza della gravidanza e del parto fisiologici. Sono indicazioni molto generali, che non entrano nel dettaglio del rapporto di cura che chi assiste instaura con chi è assistito. L'idea di cura ostetrica richiede di essere ripensata e approfondita alla luce dell'esperienza della nascita al fine di esplicitarne i significati, gli elementi di forza, le finalità, le pratiche, perché ne siano più consapevoli tanto gli operatori quanto chi riceve la cura. Secondo le linee guida, la cura ostetrica in un percorso nascita fisiologico si avvale del modello di assistenza "one to one". Il modello inizia a diffondersi in Inghilterra agli inizi degli anni '90 nell'ambito di un programma di riorganizzazione dei servizi di maternità (*prenatal care*) con l'intento di porre le condizioni perché la stessa ostetrica potesse seguire la donna dall'inizio della gravidanza al puerperio; di fatto oggi in Italia questo modello si riduce, nel migliore dei casi, alla possibilità di una continuità nell'assistenza durante il travaglio di parto. I protocolli clinici promuovono il modello "one to one" riferendosi a un'assistenza ostetrica continua e individuale, in grado di rendere più stretto il coinvolgimento da parte di chi assiste e di chi è assistito favorendo l'evoluzione fisiologica del parto. Esplicitare i significati di questo modello, procedendo per anali-

⁹ *Ibi*, in part. "Il concetto di vita", pp. 145-146.

si e distinzione, può essere utile a migliorare le pratiche e a delineare, per così dire, un “decalogo” delle virtù ostetriche.

1. *Relazionalità*. La cura ostetrica, più di ogni cura, implica *l'idea di relazione*: la donna che ha in grembo un bambino non partorisce da sola; se tutto va bene – quando l'evoluzione è fisiologica – non necessita di terapie, ma ha bisogno di qualcuno che l'assisti, semplicemente che stia con lei. Curare non è un atto singolo e puntuale, ma un processo relazionale che nella nascita ha espressione emblematica, tanto nella relazione madre-bambino quanto nella relazione di cura che si instaura fra donna e ostetrica. La nascita è una dimensione costitutivamente relazionale e questa si riflette sul concetto e sull'esperienza della cura, che non può ridursi a una prestazione, a una terapia, ma significa principalmente *avere cura* di qualcuno, e questo avere cura presuppone l'attenzione verso l'altro, che è la prima regola per una corretta vigilanza clinica ma anche il modo di darsi di un'autentica relazione. Prima virtù ostetrica: *stare insieme e prestare attenzione*.

2. *Dialogicità*. La cura ostetrica, più precisamente, presuppone una *relazione dialogica*. Avere cura non è un atto a senso unico, ma implica la reciprocità, che trova esemplificazione emblematica nel “principio dialogico” buberiano¹⁰: questo implica un “io” e un “tu” la cui relazione precede e fonda il “patto di cura basato sulla fiducia”, come lo definisce Paul Ricoeur¹¹. Avere cura significa *esserci per l'altro*: l'ascolto è il primo modo che rende possibile il dialogo. Seconda virtù ostetrica: *porsi in dialogo*.

3. *Rispetto*. La cura ostetrica che si basa sulla relazione e sul dialogo è una cura capace di rispetto, che dal punto di vista clinico significa principalmente evitare l'operatività ostetrica quando possibile, ma si esprime implicitamente in tutti quei modi e atteggiamenti che siano attenti a non prevaricare, a non predeterminare le scelte altrui. Rispetto ostetrico significa anche favorire l'evoluzione del travaglio di parto secondo le aspettative e le preferenze della donna, indicate nel *Piano del parto*. Terza virtù ostetrica: *non intervenire se non necessario*.

¹⁰ M. Buber, *Il principio dialogico e altri saggi*, a cura di A. Poma, tr. A.M. Pastore, San Paolo, Cinisello Balsamo (MI) 1993.

¹¹ P. Ricoeur, “*Il patto di fiducia*”, in D. Jervolino, *Paul Ricoeur. Il giudizio medico*, Morcelliana, Brescia 2006, p. 32.

4. *Responsabilità*. Una cura rispettosa dell'altro è implicitamente responsabile: ma cosa significa dal punto di vista clinico? Essere responsabili con e per l'altro vuol dire non solo prevedere gli effetti ("funzione riflessiva" del giudizio medico¹²), per esempio, di una terapia e farsene carico assumendo una decisione operativa per il paziente, come accade durante un'emergenza – questo è un dovere del medico – ma significa anche sottrarsi alla decisione quando non necessaria, evitare di pre-determinare la scelta dell'altro lasciando spazio alla sua decisione quando possibile (ad esempio contemplando un parto fisiologico per una donna pluripara anche dopo più di un cesareo, se ritenuto non rischioso, così come attendere il travaglio spontaneo anche dopo il termine, sorvegliando le condizioni di salute etc.). Questo aspetto è fondamentale per un buon esito del travaglio di parto. Quarta virtù ostetrica: *non decidere per l'altro, se non necessario*.

5. *Tollerabilità*. Curare non indica solo quello che si fa ma anche quello che non si fa. Ciò dal punto di vista clinico si traduce nel principio della tollerabilità, che significa fare il meno possibile in una situazione non patologica. Avere cura non indica solo agire, ma talvolta sottrarsi all'agire. Significa ammettere un margine più ampio per ciò che si definisce fisiologico, laddove non ci sia rischio. Significa *avere pazienza*, contemplare evoluzioni diverse eppure normali, tempi più lunghi dei parametri, come accade in travaglio di parto, un tempo nel quale occorre adeguarsi a quello che accade o non accade, perché il tempo dell'attesa – che caratterizza l'intero arco della gravidanza¹³ – può diventare ricco di significato. Quinta virtù ostetrica: *condividere il tempo e avere pazienza*.

6. *Silenzio*. La cura ostetrica è in grado di fermarsi, far proprio il senso del limite di fronte al traboccare della vita umana: questo significa fare spazio all'altro anche con le parole, che non solo devono essere appropriate ma a volte non sono necessarie. Persino l'assenza di parole può donare senso all'evento e alla relazione di cura, perché è un'assenza ricca di altro: favorisce l'ascolto e dona significato a ciò che accade. Sesta virtù ostetrica: *condividere il silenzio e ascoltare*.

¹² *Ibi*, p. 49.

¹³ Questo tema è sviluppato in riferimento anche alla costruzione della genitorialità nel volume: L. Cadei - D. Simeone, *L'attesa. Un tempo per nascere genitori*, Edizioni Unicopli, Milano 2013.

7. *Singularità*. Ogni parto è unico. Avere cura della nascita non corrisponde all'osservanza di un insieme di norme e comportamenti per assistere la nascita, ma richiede uno sguardo attento alla singularità di ogni vissuto. La cura della nascita è un'esperienza di cura unica sia per chi assiste sia per chi è assistito, e questa non corrisponde del tutto a protocolli ma richiede la comprensione e l'adeguazione delle pratiche all'esperienza e al vissuto personale. Sesta virtù ostetrica: *considerare unico ogni parto*.

8. *Empatia*. Il vissuto della gravidanza e del parto è una trama di emozioni profonde e contrastanti – attesa, gioia, dolore, speranza – che rappresentano il fulcro della relazione di cura, e sono in grado di favorire la dinamica relazionale, l'esito positivo del parto e un'esperienza felice della maternità. L'empatia della cura non consiste tanto nell'immedesimazione nel vissuto dell'altro – che può essere deleteria se prevale sulla vigilanza ostetrica e sulla giusta distanza che consente la pratica di cura – quanto nella comprensione di ciò che accade e nel sostegno fornito nel comprenderlo, senza giudicare i diversi comportamenti e la singolare manifestazione delle emozioni. La relazione di cura ostetrica ha una dimensione emotiva e cognitiva che si esprime nella reciprocità: sento e comprendo ciò che accade insieme all'altro, accogliendolo come tale. Ottava virtù ostetrica: *comprensione empatica di ciò che accade*.

9. *Libertà e autodeterminazione*. Ci sono molte piccole cose che possono essere svolte diversamente in un parto, ed è corretto assecondarle quando possibile, per non invadere il campo dell'autodeterminazione della donna. Ponendosi dalla parte di chi riceve assistenza, le madri, avere cura consiste nella consapevolezza del processo di cura e nella cura di sé; questo implica libertà e capacità di autodeterminazione, alle quali bisogna esercitarsi. Nona virtù ostetrica: *lasciare liberi fin dove possibile*.

10. *Cura di sé*. L'aver cura della nascita non significa soltanto offrire una cura, dedicandosi all'altro, ma favorire la cura di sé, che significa interiorizzare ciò che accade, riflettere, averne consapevolezza per meglio elaborare le emozioni. Una presa di coscienza che coinvolge i professionisti della cura e le madri fin dall'inizio della gravidanza, un esercizio da condurre lungo tutto il percorso e in particolare nei corsi di accompagnamento al parto e nelle attività consultoriali. Per cura di sé si intende cura del corpo e dell'anima, che non vanno scissi, come insegnavano gli antichi. Un esercizio di conoscenza, equilibrio interiore e fonte di benessere che ha un modello nelle tecniche meditative precristiane e, sommamente, negli

esercizi spirituali di Ignazio di Loyola, ripresi anche nella filosofia e psicagogia¹⁴ contemporanee¹⁵. Decima virtù ostetrica: *promuovere la cura di sé*.

È ormai chiaro che la cura ostetrica non può essere ridotta a un elenco di linee guida, pur fondamentali nell'orientare le pratiche mediche, ma va integrata con altre competenze che derivano dalle scienze umane. Se questo vale per tutti gli ambiti clinici della cura, nella cura della nascita, attraverso la presa in carico della gravidanza fisiologica e l'assistenza in travaglio di parto, si mostra in maniera inedita, più essenziale. La cura della nascita mostra una struttura archetipica, elementare, primordiale, dalla quale emerge nel suo nitore la relazione ostetrica come figura maieutica del "far nascere": *la nascita appare la dimensione propria della cura, in grado di illuminarne il significato, le pratiche, le procedure*.

5. Alterità e trascendenza: la nascita come dimensione archetipica

Nell'esperienza della gravidanza e del parto l'affettività ha un ruolo primario, non solo dal punto di vista del vissuto personale, come è ovvio, ma di come esso si riflette sulle pratiche e sulle teorie che orientano l'assistenza clinica. La nascita è il tempo dell'attesa, del dolore e della gioia. Bisognerebbe compiere lo sforzo di esplicitarne i significati per rendere più efficace la cura e soddisfacente l'esperienza.

Si prenda il dolore. La medicina afferma che il dolore è fisiologico, è una reazione organica, neurologica, che produce sensazione di dolore che può essere ridotta o neutralizzata attraverso farmaci, in particolare durante il parto con analgesia epidurale. Che cosa vuol dire che il dolore è fisiologico? La scienza dice che è una normale risposta organica, ma che cosa dice dell'esperienza del dolore? Il dolore è, in prima istanza, un vissuto che fa parte delle polarità che contraddistinguono l'esperienza del parto, come esperienza relazionale e affettiva. L'essere in relazione conduce in una dinamica affettiva e viceversa, perché non si dà relazione autentica senza affetto, intendendo con ciò una specifica tonalità interiore. Dove affetto – riprendendo l'etimologia di "*affectus*", che in Aristotele è una

¹⁴ P. Rabbow, *Seelenführung. Methodik der Exerzitien in der Antike*, 1954.

¹⁵ Cfr. gli studi di M. Foucault, *La cura di sé. Storia della sessualità* 3, tr. L. Guarino, Feltrinelli, Milano 1985; P. Hadot, *Esercizi spirituali e filosofia antica*, a cura di A.I. Davidson, Einaudi Torino 2005.

delle dieci categorie dell'essere e si contrappone a “*ergon*” (azione)¹⁶, – indica propriamente la dimensione della passività umana, che caratterizza peculiarmente l'animo umano. Nel patire, secondo Aristotele¹⁷, non si dà solo sofferenza ma, nella misura in cui sono coinvolti i sensi, si dà la prima forma di conoscenza. Questa accezione positiva, creativa, della passività trova nella filosofia del Novecento straordinaria espressione, per esempio in H. Arendt, nell'idea di passività come azione, e in M. Zambrano¹⁸, che nelle sue opere descrive la passività come trascendenza e metamorfosi. Una lettura della passività che può rendere la cura ostetrica più adeguata all'esperienza umana della nascita, non riducendo il dolore alla sua manifestazione organica, come già osservava il medico e antropologo V. von Weizsäcker. Si richiama, a tale proposito, una sua bellissima pagina dove descrive la cura del dolore (1926):

Allorché una bimba vede soffrire il fratellino essa trova, senza quasi saperlo, una via per consolarlo: con affetto cerca la sua mano e, amorevolmente, lo tocca dove gli fa male. Così la piccola samaritana diventa il suo primo medico. Una specie di prescienza dell'efficacia originaria dell'azione domina in lei a sua insaputa; essa guida il suo impulso verso la mano e induce la propria al contatto appropriato. Infatti, ciò di cui il fratellino farà esperienza è che la mano lo tocca facendogli bene. Tra lui e il suo dolore subentra la sensazione del venir toccato dalla mano della sorella, in un modo che la sofferenza si ritrae dinanzi a questa nuova sensazione. E così sorge anche il primo concetto dell'operare medico, la prima tecnica della terapia¹⁹.

Riguardo alla gestione del dolore in travaglio di parto, è utile riflettere su un uso più critico dell'analgesia epidurale: se infatti, da una parte, si può constatare che l'epidurale da sola non è sufficiente a un buon esito del parto – perché riducendo la percezione del dolore fisico può rallentare la progressione e aumentare il ricorso all'operatività ostetrica –; dall'altra spesso si verifica che una maggior consapevolezza del vissuto affettivo e delle polarità del parto possano favorire la dinamica relazionale che sta alla base di una proficua relazione di cura.

Inoltre, bisogna aggiungere che quando si parla di “esito del parto” non ci si può riferire solo alla nascita di un bambino ma bisogna tenere in

¹⁶ Aristotele, *De anima*, libro 2.

¹⁷ Aristotele, *Metafisica*, libro 7.

¹⁸ Cfr., in particolare, M. Zambrano, *Il sogno creatore*, B. Mondadori, Milano 2002.

¹⁹ V. von Weizsäcker, *Filosofia della medicina*, cit.

conto della contestuale “nascita” di una nuova donna: partorire è divenire madre. In questo dare alla luce, se stessa e il proprio bambino, che è atto proprio del vissuto del parto, le emozioni hanno un ruolo fondamentale nell’elaborazione dell’alterità che la donna custodisce in se stessa e nella costituzione di nuove identità: non solo l’esser figlio ma la maternità, la paternità, l’evoluzione della coppia all’interno del processo di genitorialità. Come dire, *nella nascita è inscritta la grammatica affettiva della nostra vita, costituita di alterità e trascendenza*, riprendendo l’espressione di E. Levinas che dà il titolo²⁰ a una raccolta di suoi scritti: la «trascendenza è un movimento di attraversamento e di risalita», «fuoriuscita da sé che fa appello all’altro»²¹. D’altro canto, proseguendo con una metafora del filosofo:

L’Altro la cui presenza è discretamente un’assenza e a partire dal quale si attua l’accoglienza ospitale per eccellenza che descrive il campo dell’intimità, è la Donna. La donna è la condizione del raccoglimento, dell’interiorità della Casa e dell’abitazione²².

Nell’evento della nascita si manifestano le diverse dimensioni affettive dell’umano che si riflettono nella relazione di cura. La nascita è *esperienza archetipica dell’alterità* (in quanto maternità), *della relazione* (in quanto cura spontanea della madre e clinica di professionisti), *della trascendenza* (in quanto genesi di nuove identità). L’idea di nascita sta all’idea di cura come l’atto del nascere sta all’atto dell’avere cura: è un processo maieutico, una metamorfosi, che implica l’ordito originario madre-bambino-ostetrica. Una trama essenziale che il medico e filosofo spagnolo R. Carballo definisce “*urdimbre*”: «la “trama che deve essere terminata” o forzosamente completata, che hanno i nostri dispositivi neuronali e, in generale, l’organismo immaturo dell’uomo quando nasce»²³. E così, forse, «cessa la separazione tra essere e vita che l’essere umano patisce»²⁴.

²⁰ E. Levinas, *Alterità e trascendenza*, il Melangolo, Genova 2006.

²¹ *Ibi*, p. 87.

²² Id., *Totalità e infinito*, p. 158.

²³ R. Carballo, *Violenza e tenerezza*, Morcelliana, Brescia 2021, p. 198.

²⁴ M. Zambrano, *L’uomo e il divino*, Edizioni Lavoro, Milano 2001, p. 300.

Bibliografia

Aristotele, *De anima*, libro 2.

Aristotele, *Metafisica*, libro 7.

Bignotti S. - Lojacono A., *Avere cura del parto ed esserne felici*, Scholé, Brescia 2020.

Cadei L. - Simeone D., *L'attesa. Un tempo per nascere genitori*, Edizioni Unicopli, Milano 2013.

Carballo R., *Violenza e tenerezza*, Morcelliana, Brescia 2021.

Buber M., *Il principio dialogico e altri saggi*, San Paolo, Cinisello Balsamo (MI) 1993.

Foucault M., *La cura di sé. Storia della sessualità 3*, tr. L. Guarino, Feltrinelli, Milano 1985.

Hadot P., *Esercizi spirituali e filosofia antica*, a cura di A.I. Davidson, Einaudi Torino 2005.

Jervolino D., *Paul Ricoeur. Il giudizio medico*, Morcelliana, Brescia 2006.

Levinas E., *Alterità e trascendenza*, a cura di P. Hayat, Il Melangolo, Genova 2006.

Levinas E., *Totalità e infinito. Saggi sull'esteriorità*, tr. A. Dall'Asta, Jaca Book, Milano 2016.

Mortari L., *Filosofia della cura*, Raffaello Cortina, Milano 2015.

Rabbow P., *Seelenführung. Methodik der Exerzitien in der Antike*, 1954.

Saner H., *Nascita e fantasia. La naturale dissidenza del bambino*, Morcelliana, Brescia 2021².

Spandrio R. - Regalia A. - Bestetti G., *Fisiologia della nascita. Dai prodromi al post-partum*, Carocci, Roma 2014.

Von Weizsäcker V., *Filosofia della medicina*, Guerini, Milano 1990.

Zambrano M., *Il sogno creatore*, tr. di V. Martinetto, B. Mondadori, Milano 2002.

Zambrano M., *L'uomo e il divino*, Edizioni Lavoro, Milano 2001.

Zucal S., *Filosofia della nascita*, Morcelliana, Brescia 2017.

WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: World Health Organization; 2018. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.