

Maternity Homes in Italy: a comprehensive model for supporting the process of birth and parenthood

La casa maternità in Italia: un modello integrale di accompagnamento alla nascita e supporto alla genitorialità

Patrizia Quattrocchi

Abstract

This article aims to assess - from an anthropological perspective - the model of accompaniment to pregnancy, childbirth and birth represented by Maternity homes, non-health facilities run by midwives on a freelance basis. In Italy, the number of these facilities has grown considerably in recent years, currently reaching 19. The aim of this work is, on the one hand, to provide a mapping of these facilities, outlining similarities in their genesis and the services they provide; on the other, to reflect on the potential of this model for supporting the process of birth, which incorporates both the instances relating to the exercise of reproductive rights (such as women's right to choose the circumstances of their own birth), and the international evidence-based recommendations (WHO 2018a). These include the 'continuity of care' during pregnancy and childbirth, that is often disregarded in the hospitalized birth. The integral approach - including support that often continues even after the birth (e.g. through the activities of groups of parents who have given birth in the same place) - will be investigated in the light of the peculiarities of the non-interventionist approach that characterises this type of facility.

In questo articolo si intende esplorare - in prospettiva antropologica - il modello di accompagnamento alla gravidanza, al parto e alla nascita rappresentato dalle case maternità, strutture non sanitarie gestite da ostetriche in libera professione. In Italia, il numero di queste strutture è cresciuto in maniera notevole negli ultimi anni, raggiungendo attualmente le 19 unità. Obiettivo di questo lavoro è, da una parte, fornire una mappatura di tali strutture, delineando similitudini nella loro genesi e nell'offerta di servizi erogati; dall'altra, riflettere sulle potenzialità di tale modello, che incorpora non solo istanze relative all'esercizio di diritti riproduttivi (come il diritto delle donne di scegliere le circostanze della propria nascita), ma anche raccomandazioni internazionali evidence-based (WHO 2018a). Tra queste, vi è l'importanza della "continuità dell'assistenza" durante la gravidanza e il parto, elemento spesso disatteso nel modello assistenziale ospedaliero. L'approccio integrale, reso operativo nelle case maternità da un accompagnamento che spesso continua anche dopo la nascita del figlio o della figlia (per esempio attraverso le attività di associazioni di genitori che hanno partorito nello stesso luogo) verrà indagato alla luce delle peculiarità dell'approccio non interventista che caratterizza questo tipo di strutture.

Keywords

Maternity home, Home birth, Freelance midwife, Respected childbirth

Casa maternità, parto a domicilio, ostetrica libera professionista, parto rispettato

Introduzione

In questo articolo intendo esplorare – in prospettiva antropologica – il modello di accompagnamento alla gravidanza, al parto e alla nascita rappresentato dalle case maternità, strutture non sanitarie gestite da ostetriche. Si tratta di un servizio di assistenza non ospedaliero, pubblico e privato, presente in molti paesi che – al pari del parto a domicilio – ha mostrato la sua efficacia in termini di sicurezza, esiti e soddisfazione delle madri (Olsen e Clausen 2012; Hollowell et al. 2015; Sandall et al. 2018; NICE 2015; Hatton et al. 2019; Reitsma et al. 2020; Olsen et al. 2023).

In Italia, il numero di queste strutture è cresciuto in maniera considerevole negli ultimi anni. Attualmente, vi sono 19 unità, localizzate in gran parte della penisola; di queste, 14 sono censite sul sito dell'Associazione Nazionale Parto a domicilio e casa maternità.¹ Solo nel 2015 – anno in cui ho concluso una ricerca etnografica sulle politiche e le pratiche del parto non ospedaliero in Italia, Spagna e Paesi Bassi – ne erano presenti meno di un terzo, tutte concentrate nell'area centro-settentrionale del paese: tre in Lombardia, una in Emilia-Romagna e una neonata in Friuli Venezia Giulia (Quattrocchi 2018).²

Obiettivo di questo lavoro è, da una parte, fornire una mappatura aggiornata di tali strutture, delineando similitudini nella loro genesi e nell'offerta di servizi erogati; dall'altra, riflettere sulle caratteristiche specifiche di tale modello, in particolare per quanto riguarda l'offerta di servizi integrati e continuativi a supporto della genitorialità. Tale possibilità – resa esplicita nelle case maternità da un relazione che spesso continua anche dopo la nascita del figlio o della figlia (per esempio attraverso la frequentazione della sede per attività ludiche o formative) verrà indagata alla luce delle peculiarità dell'approccio non interventista che caratterizza questo tipo di strutture, il cui ruolo essenziale nell'offerta diversificata di servizi al parto e alla nascita è emerso anche nella recente emergenza pandemica³ (Quattrocchi 2022b).

Si tratta di un approccio essenzialmente fisiologico, che si fonda sulla volontà di operare attraverso una pratica ostetrica rispettosa dei tempi e dei bisogni dei diversi soggetti in campo: la diade mamma/neonato, la triade inclusiva del padre e la nuova famiglia, qua-

¹ www.nascereacasa.it

² Il progetto di ricerca *CODEONBIRTH. An Intercultural en Ethic Code on Birth. Dialogue between institutional directives and women's needs* (2010-2015) è stato finanziato dal programma europeo *Marie Curie International Reintegration Grant* (7PQ). Durante lo studio etnografico sono state intervistate 75 persone, tra cui ostetriche libere professioniste ed ospedaliere, donne che hanno partorito a domicilio e in casa maternità, ginecologi e altri professionisti della salute, funzionari e decisori politici (<https://cordis.europa.eu/project/id/256422>).

³ L'11 marzo 2020, l'OMS, dopo aver valutato la diffusione globale dell'infezione da SARS-CoV-2 dichiara l'epidemia di COVID-19 una pandemia (<https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/sars-cov-2>).

lora siano presenti fratelli o sorelle. Un approccio biopsicosociale e culturale largamente indagato nell'ambito della antropologia della riproduzione (Martin 1987; Ginsburg e Rapp 1995; Franklin e Ragone 1997; Inhorn, 2007; Browner e Sargent 2011; Davis-Floyd 1992; Davis-Floyd et al. 2010, McCourt 2010; Han e Tomori 2022), in dialogo critico con la prospettiva biomedica e con modelli assistenziali tecnocratici che non considerano a sufficienza le aspettative e i desideri delle donne (Davis-Floyd 2001; Downe et al. 2018).

La prospettiva adottata permetterà, da una parte, di comprendere alcune delle motivazioni che possono aver condotto a questo crescente aumento di offerta e di richiesta di casa maternità; dall'altra di analizzare prospettive, pratiche e saperi specifici messi in atto da chi offre e chi cerca un'assistenza al parto e alla nascita non medicalizzati. Con questa espressione si intende – come già accennato – un modello interpretativo e operativo basato sulla fisiologia, che considera la gravidanza, il parto e la nascita condizioni “normali” della vita della donna e non eventi (bio)medici iscritti nello statuto del “rischio” e della patologia (Spandrio, Regalia e Bestetti 2014; Fordyce e Maraesa, 2012; Regalia e Colombo 2018).

Nel proporre un modello assistenziale di questo tipo, le case maternità rappresentano esperienze particolarmente interessanti, che ben incorporano istanze generali (come rendere concreto il diritto delle donne di scegliere le circostanze della propria nascita, tra le quali anche il luogo in cui questa debba avvenire (Nelson e Romanis 2021) e pratiche di accompagnamento alla nascita specifiche, basate su un approccio personalizzato, in linea con le raccomandazioni internazionali più recenti (NICE 2014, WHO 2018a, WHO 2022).

Tra queste ultime, emergono due aspetti che saranno indagati nel presente lavoro: il primo, riguarda la possibilità di praticare la “continuità dell'assistenza”, di cui i benefici sono ben noti sia sul piano clinico, sia relazionale e sociale (Perriman et al. 2018; Bradford et al. 2022); il secondo, la possibilità di praticare ciò che vorrei definire la “condivisione dell'accudimento”, grazie alla frequentazione di uno “spazio sociale” che rimane disponibile anche dopo il parto. Vedremo infatti che la casa maternità non è solo un luogo fisico dove partorire con le professioniste di nostra fiducia, ma è anche un luogo simbolico-relazionale dove “ritornare” costantemente con la propria famiglia per “fare” delle cose insieme.

I dati presentati in questo lavoro provengono da tre fonti principali: a) dal materiale raccolto durante la sopracitata ricerca CODEONBIRTH, in particolare dalle interviste condotte tra il 2010 e il 2015 con ostetriche libere professioniste che lavorano presso case maternità italiane; b) dalla raccolta e analisi di dati rilevati dai siti internet ufficiali delle case maternità oggi presenti sul territorio italiano, avvenuta tra marzo e aprile del 2023; c) dalla revisione della letteratura internazionale recente (2020-2022) sul parto non ospedaliero nei paesi occidentali durante la pandemia di COVID-19⁴.

⁴ I risultati di questo lavoro sono stati pubblicati nella rivista *Current Sexual Health Reports*, in un numero speciale curato da Michela Fusaschi (Quattrocchi 2022b).

La casa maternità: una panoramica storica

Le prime case maternità nascono negli Stati Uniti, nella seconda metà del secolo scorso. Il processo di medicalizzazione del parto, iniziato nei primi decenni del 1900, è all'apice in quegli anni nella maggioranza dei paesi occidentali: il parto ospedaliero rappresenta la norma, l'approccio alla gravidanza è fortemente patologico e la partoriente – nella sua duplice veste di donna e paziente – è inserita in meccanismi gerarchici e gerarchizzanti che ne delegittimano saperi e competenze, dinnanzi a un sapere biomedico sempre più autorevole, egemonico e autolegittimante (Byron Good 1999; Davis-Floyd e Sargent 1997; Lock e Nguyen 2010; Inhorn 2012, Bielh e Petrynia 2013).

Il contesto storico-culturale nel quale si sviluppa l'idea di un parto deospedalizzato è quello delle lotte femministe per i diritti di autodeterminazione sulle questioni riproduttive, che investono tra la fine degli anni Sessanta e gli inizi degli anni Settanta un'intera generazione. Le donne avanzano non solo il diritto di scelta in merito all'aver o meno dei figli, al loro numero e all'intervallo tra le nascite (come espresso nella prima Conferenza internazionale sulla condizione delle donne di Città del Messico nel 1975), ma cominciano anche ad interrogarsi sulla possibilità di scegliere il modello di nascita che ritengono più vicino alle proprie esigenze e valori; di decidere, cioè, con chi, dove e come partorire. La preoccupazione per una nascita sempre più medicalizzata emerge negli stessi anni anche nella comunità scientifica. Di lì a poco (1985) si terrà infatti la prima conferenza internazionale sulla questione, che riunirà esperti e organizzazioni civili e che sfocerà nelle cosiddette "raccomandazioni di Fortaleza", in cui per la prima volta verrà dichiarata la necessità di demedicalizzare il parto e la nascita e di ridurre il tasso di taglio cesareo (WHO 1985).

In questo contesto, le donne iniziano a rivendicare, da una parte, la "naturalità" del processo parto-nascita; dall'altra, la capacità e volontà di gestire tale processo in prima persona, riappropriandosi di un potere del quale si sentono storicamente espropriate (Katz Rothman 1991). Le istanze femministe e i neonati studi di genere, che si ritagliano inediti spazi di dibattito accademico, si intrecciano in quel periodo con prospettive teoriche critiche, dando vita ad un'ampia letteratura sulla medicalizzazione dei processi fisiologici. Biopotere e biopolitica, iatrogenesi ospedaliera e "esperti di troppo" (Illich 2008), modello biomedico patriarcale e neo-liberista (Illich 2005; Foucault 1998 e 2021) diventano parole chiave per comprendere il contesto dentro cui movimenti sociali e ricerca scientifica si muovono, seppur su piano diversi e a volte non comunicanti.

L'ospedale, che presuppone un approccio interventista, una standardizzazione dei protocolli e, in ultima analisi, un controllo sui corpi delle donne-pazienti, non pare costituire un ambiente favorevole per perseguire le nuove istanze critiche, né dal punto di vista fisico, né relazionale.

L'idea di una struttura diversa, in cui si persegue un approccio fisiologico e si partorisca potendo compiere scelte autonome (sia da parte delle donne, sia delle ostetriche) si afferma pertanto quale opzione pertinente e viabile.

La prima casa maternità (*Birth Center*) nasce a New York nel 1975, grazie al lavoro dell'associazione civile denominata *Maternity Center Association* (Lubic 1977). Negli anni, i *Birth Centers* statunitensi sono cresciuti notevolmente: nel 1984 erano 125, nel 2004 170, nel 2011 215 e attualmente circa 400 (*American Association of Birth Centres* 2022). Le case maternità statunitensi (*Freestanding Birth Centers*) sono parte dell'associazione nazionale *American Association of Birth Centers* (www.birthcenters.org) e possono essere aperte dopo aver ottenuto una licenza statale, prevista da 41 stati su 50 (Alliman et al. 2022).

In Europa, la prima casa maternità viene fondata a Berlino Ovest nel 1983: si tratta del Centro per la Nascita Autodeterminata, implementato con il sostegno del Movimento di Liberazione femminile. Nel 1993 prende vita a Francoforte sul Meno il *Netzwerk zur Forderung der Idee der Geburtshauser*, un'associazione no-profit divenuta un punto di riferimento importante a livello europeo, che riunisce membri di vari paesi. Il *Netzwerk* è stato per esempio promotore degli *Standars* internazionali per l'apertura di queste strutture, che insieme a quelli elaborati dalla *American Association of Birth Centers* costituiscono i più autorevoli riferimenti in materia. Oggi in Germania si contano circa 150 *Geburthauser* di cui 42 fanno parte del *Netzwerk* (Quattrocchi 2018).

In Svizzera, la prima casa maternità denominata *Geburtshaus Storchenaescht* viene fondata nel 1984 a Lentzburg, nella Svizzera Tedesca. Attualmente le case maternità svizzere sono riunite nell'Associazione denominata *Interessengemeinschaft der Geburtshauser* che nel 2012 contava 22 membri (www.geburtschaus.ch).

Nel Regno Unito le case maternità sono alquanto diffuse e vengono denominate *Birth Centre*. Questo termine indica sia gli spazi per il parto fisiologico interni agli ospedali (denominati *Midwife Led Birth Units* o *Midwife Led Unit MLUs*) sia *Birth Centres* indipendenti (*Stand Alone Midwife Led Units* o *Freestanding Maternity Units FMUs*), che corrispondono a ciò che intendiamo in questa sede con "case maternità". Attualmente la maggioranza dei *Birth Centres* sono *stand alone*, ossia indipendenti ed esterni alle strutture ospedaliere: 66 su 114 (www.babycentre.co.uk).⁵ Case maternità sono presenti anche in altri paesi, tra cui Francia, Spagna, paesi nordici, Paesi Bassi, e ovviamente l'Italia.

La casa maternità in Italia. Mappatura e servizi offerti

Già nel 1987 la regione Lombardia con la legge regionale n.16 08/05/87 ha previsto l'individuazione di aree per la sperimentazione del parto a domicilio e in case di ma-

⁵ Per una comparazione tra ostetricia italiana e britannica, cfr. Spina (2009).

ternità o strutture di accoglienza a carattere non ospedaliero (art. 5 – art. 7). Nel 2001, in attuazione della legge, viene emanato un decreto che contiene la prima definizione ufficiale di casa maternità disponibile nel nostro paese:

Si intende per casa maternità una struttura extra-ospedaliera, non medicalizzata, con le caratteristiche abitative di una casa, che offre un ambiente accogliente e familiare per l’assistenza alla gravidanza, al parto e al puerperio fisiologici, la cui conduzione è in generale affidata ad ostetriche, figure professionali deputate per definizione all’assistenza della gravidanza, parto e puerperio fisiologici.” (DL16072 del 03.07.2001 punto 1.2: 3).

A tale definizione legislativa seguono definizioni operative, basate sull’esperienza pluriennale di ostetriche (provenienti di solito dall’assistenza al parto domiciliare) che nel corso degli anni hanno contribuito alla riflessione/progettazione/implementazione delle case presenti in Italia e di un modello ostetrico differente da quello ospedaliero (Campiotti 2001). Verena Schmid, ostetrica fondatrice della Scuola Elementare di Arte Ostetrica di Firenze, che ha formato più di una generazione di ostetriche dedite alla libera professione⁶, riportando gli standard europei per le case maternità⁷ scrive:

La casa maternità è un luogo per la donna e la sua famiglia in cui vivere la maternità da protagonisti. È per definizione un luogo extra-ospedaliero (casa), non può quindi essere collocata all’interno di un ospedale.⁸ È gestita esclusivamente dalle ostetriche, specialiste in salute e fisiologia, in continuità dell’assistenza (Schmid 2018: 206).

La specificità rispetto alle istituzioni sanitarie è chiara:

È un luogo simile al domicilio, un luogo sociale, non sanitario, con accesso del pubblico. Le ostetriche lavorano in rapporto simmetrico, non gerarchico e condividono la stessa filosofia della nascita. [...] Oltre ad essere un luogo sociale di condivisione, la casa maternità è anche un luogo di prevenzione primaria dei rischi ostetrici e sociali. Il suo obiettivo è di mantenere la gravidanza in salute tramite un efficace accompagnamento e l’educazione alla nascita e alla salute del bambino dopo il parto (Schmid 2018: 206).

⁶ Cfr. <https://seaoflorence.it/seo>.

⁷ Cfr. <https://www.midwiferyunitnetwork.org/mu-standards>.

⁸ In questo senso non possono essere considerate “case maternità” quelle strutture adibite al parto fisiologico situate in un presidio ospedaliero. Tali “centri nascita” sono presenti in alcune città italiane; per esempio a Firenze da molti anni opera il centro nascita Margherita (ospedale di Careggi).

La prima casa maternità italiana nasce a Milano nel 1990 con il nome di Casa del Parto. Originariamente è parte del Villaggio della Madre e del Fanciullo, una struttura laica e privata esistente dagli anni Quaranta con lo scopo di assistere ragazze madri. Nel 2000 la struttura chiude e riapre dopo due anni in una nuova sede con il nome di “La via Lattea”, nella quale viene fornita assistenza solo in forma privata. Nel 2001 nasce la seconda casa maternità sul territorio italiano, sempre in Lombardia. La Casa Maternità “Montallegro” è fondata dall’ostetrica Marta Campiotti, già Presidente dell’Associazione Nazionale parto a domicilio e casa maternità, e trova sede nel comune di Induno Olona (Varese), alle pendici del Monte Monarca. L’anno successivo nasce la terza casa maternità lombarda: “La Quercia”, a Como. Appena nel 2008 sarà disponibile una struttura in una seconda regione del nostro paese: a Bologna nascerà “il Nido”. Nel corso degli ultimi due decenni, si sono susseguite altre proposte per l’avvio di casa maternità in Italia, sia di natura pubblica sia privata: molte di queste non hanno però trovato seguito, se non in anni recenti. Dal 2015 infatti, assistiamo a una crescente apertura di strutture. Indagare le motivazioni che hanno portato un numero ampio di ostetriche ad aprire una casa maternità esula dagli obiettivi di questo lavoro; certamente possiamo avanzare una ipotesi multi-causale che intreccia dinamiche politico-economiche (aumento del numero di regioni che offrono un quadro normativo e/o rimborsano almeno parzialmente il parto non ospedaliero),⁹ formative (crescente interesse da parte della nuova generazione di ostetriche per modelli meno interventisti e medicalizzati; maggiore formazione in merito), aumento della domanda (maggiore consapevolezza delle donne, maggiore richiesta di autonomia, di informazione, ecc.); scientifiche (evidenze crescenti in merito alla sicurezza e all’appropriatezza del parto non ospedaliero nelle gravidanze fisiologiche e nei paesi in cui i servizi di assistenza al parto risultano essere integrati in maniera efficace). Successive e auspicabili ricerche in merito, potranno permettere di comprendere al meglio tali dinamiche, o individuarne altre.

Delle 19 strutture presenti oggi in Italia, la maggioranza si trova nella parte centro-settentrionale del paese, con prevalenza in Lazio (7 case) e in Lombardia (4) (tabella 1). In Friuli Venezia Giulia è presente una unica casa maternità, che però possiede tre sedi, in tre diverse province.

⁹ L’apertura di Case Maternità nella regione Lazio a partire dal 2016 in poi, segue l’emanazione del Decreto regionale Acta 23/2016 “Protocollo assistenziale per il parto a domicilio in Centro Nascita ed in Casa Maternità”.

Tabella 1 - Case maternità presenti in Italia al mese di aprile 2023

	DENOMINAZIONE	ANNO	REGIONE	CITTÀ	SITO WEB
1	CASA MATERNITÀ "LA VIA LATTEA"	1990/ 2003	Lombardia	Milano	http://www.casamaternita.it/
2	CASA MATERNITÀ "MONTALLEGRO"	2001	Lombardia	Induno Olona (Varese)	http://www.nascereacasa.it
3	CASA MATERNITÀ "LA QUERCIA"	2002/ 2007	Lombardia	Como	http://www.maternitalaquercia.it/
4	CASA MATERNITÀ "IL NIDO"	2008	Emilia Romagna	Bologna	http://www.ilnido.bo.it/
5	CASA MATERNITÀ "LA LUNA PIENA"	2009	Campania	Caserta	https://lalunapiena.com
6	CASA MATERNITÀ "PRIMA LUCE"	2014	Piemonte	Torino	https://casaprimaluce.it/
7	CASA MATERNITÀ "ZOÈ"	2015	Lazio	Roma	https://casamaternitaroma.it
8	CASA MATERNITÀ "LE MAREE"	2015	Liguria	Genova	https://casamaternitalemaree.it
9	CASA MATERNITÀ "LA CASA DI CATERINA"	2016	Friuli Venezia Giulia	Trieste Udine (Fontanafredda) Pordenone	http://lacasadicaterina.wordpress.com/
10	CASA MATERNITÀ "AMARANTO"	2016	Veneto	Arzignano (Vicenza)	https://www.facebook.com/CasaAmarantoOnlus
11	CASA MATERNITÀ "IL NIDO A TESTACCIO"	2017	Lazio	Roma	https://www.associazioneilnido.it/
12	CASA MATERNITÀ "GEA"	2017	Lazio	Roma	https://geacasamaternita.it/
13	CASA MATERNITÀ "DORA LUCE"	2017	Veneto	Vicenza	https://www.doraluce.org
14	CASA MATERNITÀ "LA CASA DI PACHAMAMA"	2018	Lombardia	Roncaro (Pavia)	http://www.casamaternitapachamama.it/
15	CASA MATERNITÀ "NASCERE E CRESCERE"	2018	Lazio	Roma	https://www.nascereecrescere.it
16	CASA MATERNITÀ "LA VIA DI CASA"	2019	Umbria	Civezzano (Terni)	http://laviadicasamaternita.it
17	CASA MATERNITÀ "L'ALBERO DELLA VITA"	2019	Lazio	Sori (Frosinone)	http://www.casamaternitalalberodellavita.it
18	CASA MATERNITÀ "ALOAH"	2019	Lazio	Latina	http://aloahcasamaternita.com
19	CASA MATERNITÀ DEI CASTELLI ROMANI	2020	Lazio	Marino (Roma)	http://casamaternitacastelliromani.it/

In generale, tutte le case maternità offrono un servizio di accompagnamento alla gravidanza, al parto e alla nascita di tipo personalizzato, basato sulla costruzione di un percorso condiviso tra ostetrica/ostetriche e donna. Il partner può essere più o meno presente, secondo il desiderio della donna e le dinamiche relazionali e familiari in atto; di solito, è presente e condivide la scelta della madre. La presa in carico può avvenire in momenti diversi, ma solitamente avviene già durante il primo trimestre di gravidanza. Le attività e i servizi erogati sono generalmente i seguenti: corsi di preparazione alla nascita di coppia e/o per sole mamme; assistenza ostetrica in gravidanza, al travaglio e al parto; accompagnamento in ospedale; incontri di gruppo per condividere esperienze; assistenza ostetrica al puerperio; sostegno all'allattamento.

Nelle differenti strutture, poi, vi possono essere servizi supplementari e diversificati, secondo le competenze delle professioniste e dei professionisti impiegati o dei collaboratori: per esempio, possono essere offerti percorsi di yoga o di nuoto in gravidanza, massaggio in gravidanza o neonatale, consulenze specialistiche e incontri su tematiche specifiche (dall'allattamento alle tecniche di rilassamento, dalla riabilitazione del pavimento pelvico all'alimentazione in gravidanza). In diverse strutture inoltre sono offerti corsi di formazione per ostetriche, desiderose di apprendere o approfondire la pratica assistenziale in ambito non ospedaliero. Eventi, seminari e conferenze sono poi organizzati anche per un pubblico più ampio, ossia non necessariamente per donne o coppie in attesa di un figlio.

Durante le interviste che ho svolto tra il 2010 e il 2015 è emerso che le donne che scelgono un parto non ospedaliero (a domicilio o in casa maternità) generalmente interpretano la gravidanza come momenti "normali" e non come eventi che necessitano di un approccio medico a priori. Rifiutano l'idea che – sentendosi donne incinte e non ammalate – si debba partorire in un luogo deputato alla cura, in cui vi sono tempi e modalità dettate da protocolli considerati troppo rigidi, e personale ostetrico e ginecologico spesso sconosciuto. Tra le criticità rilevate dalle donne vi sono la preoccupazione per l'eccesso di interventismo che caratterizza il percorso nascita in Italia (elevato tasso di taglio cesareo, di induzione, di episiotomia, di manovre ostetriche, di farmaci, ecc.)¹⁰ e la perplessità per la mancata continuità nell'assistenza, ossia il doversi rapportare a ogni visita e/o nel momento del parto con personale sempre diverso e in cambio turno. La continuità dell'assistenza – spesso disattesa nel modello ospedaliero – rappresenta uno dei valori aggiunti dell'assistenza non ospedaliera e una delle motivazioni maggiormente espresse dalle donne in merito alla scelta di partorire a domici-

¹⁰ Sebbene il tasso di taglio cesareo sia diminuito negli ultimi anni, l'Italia si posiziona ancora come uno dei paesi europei con maggior numero di donne sottoposte a questo intervento: il 33%, preceduto solo da Cipro e Ungheria con il 53,1% e il 41,5% rispettivamente. (Euro-Peristat 2022).

lio e in casa maternità; costituisce inoltre un elemento fondante nella costruzione del concetto di sicurezza da parte delle donne stesse (Quattrocchi 2022a).

A volte il parto non ospedaliero è preferito da donne che hanno già partorito in ospedale e che non hanno avuto un'esperienza positiva: lamentano la scarsa autonomia e possibilità di scelta (della posizione del parto, per esempio), la scarsa informazione sulle procedure (l'episiotomia o le pratiche effettuate sul neonato), l'ipermedicalizzazione, il mancato sostegno durante l'allattamento e altro ancora. Si tratta di trattamenti abusanti e poco rispettosi, largamente presenti nelle strutture sanitarie di assistenza al parto in tutto il mondo (OMS 2014; Savage e Castro 2017), che negli ultimi due decenni sono stati definiti in maniera sempre più puntuale quali forme specifiche di violenza ostetrica (Quattrocchi 2019; Quattrocchi e Magnone 2020; Castañeda, Hill e Johnson 2022).

Nel percorso di scelta di un parto non ospedaliero, la preferenza per una casa maternità rimanda spesso a una concezione della struttura quale "terza via" tra l'ospedale (che, di solito, le donne che si avvicinano alla casa maternità non contemplano) e il parto nella propria casa (che, per qualche motivo, escludono). In generale, sono donne che ricercano uno "spazio altro" in cui vivere l'esperienza del parto (Quattrocchi 2018). I motivi possono essere diversi. Per esempio, trovano la casa maternità più appropriata e comoda dal punto di vista logistico, rispetto a un parto in casa: in città, gli appartamenti sono stretti e non permettono la privacy desiderata, i vicini sono curiosi, e altro ancora. A volte vi sono aspetti legati alla posizione geografica dell'abitazione (una casa considerata troppo lontana dall'abitazione dell'ostetrica o da una struttura ospedaliera, utile in caso di emergenza). Oppure, è la stessa condizione familiare che porta le donne a scegliere un luogo diverso dalla propria casa; per esempio, si desidera che gli altri figli non siano presenti al momento del parto e si preferisce lasciarli a casa con qualche parente o amico.

Ci sono al contempo anche componenti simboliche importanti: la casa maternità, proprio per essere un luogo altro, presuppone un "viaggio", uno spostarsi altrove, fisicamente e simbolicamente. Se il parto è senza dubbio un rito di passaggio in cui si nasce (il nuovo individuo) e si ri-nasce (la donna che diventa mamma, l'uomo che diventa papà) – come già delineava agli inizi del secolo scorso Van Gennepe (2009) –, allora gli aspetti rituali che accompagnano questo processo diventano significativi. L'uscita dalla quotidianità (e dal luogo che la rappresenta, ossia la propria casa) e l'"entrata" in un posto diverso – seppur percepito come "vicino" secondo il proprio sistema di valori – contribuisce a costruire il processo di metamorfosi della donna e della coppia, che un evento così complesso sempre comporta. La casa maternità, in questo senso, funge da contenitore multidimensionale: un luogo deputato a un processo specifico (la nascita), in cui tutti i protagonisti attraversano un processo di cambiamento esistenziale e da cui "escono" diversi, nuovi ruoli e status sociali inclusi. Nelle conversazioni con l'oste-

trica Marta Campiotti emerge chiaramente il bisogno delle donne di andare altrove. Marta racconta di come questo “altrove” sia ricercato a volte anche dalla coppia, come valore aggiunto di per sé:

[...] Che bello, due giorni qui, chissà che coccole sono, nella stanza. Si facevano il tè, il marito coi biscottini e intanto passavano le ore, perché loro se le volevano godere, che può essere anche un bene. C'è bisogno di questo spazio intermedio per passare da una cosa all'altra (Marta, intervista effettuata nel 2010).¹¹

La casa maternità permette dunque un contenimento importante, sia per la donna, sia per la coppia. Anche l'ostetrica pare essere contenuta, all'interno di un ambiente che conosce e gestisce in prima persona; e in cui può trovare luogo la condivisione di esperienze con le proprie pari:

La Casa Maternità è stata una rivoluzione per il gruppo, perché è un luogo nostro dove potere anche... proprio aiutarci, confrontarci, stare insieme, passare pranzi, passare notti, chiacchierare anche in una maniera informale, proprio come se fosse una famiglia. È una famiglia, che porta avanti i problemi della famiglia, e quindi i problemi della Casa Maternità, delle donne, delle ostetriche. Quindi ci si aiuta condividendo. Questa è una grandissima cosa, è la vera forza della Casa Maternità, oltre a dare la possibilità di un luogo. È questo. Di base c'è una famiglia (Elisa, ostetrica casa maternità, intervista condotta nel 2012).

Qui essendo che è anche la nostra casa i parti sono meno faticosi, a livello proprio anche fisico: l'idea di poter avere a disposizione una cucina, un giardino, uscire un attimo fumare una sigaretta, staccare un momento...cosa che magari invece in un appartamento al quarto piano non fai, non ti ricarichi in questi momenti qua. Quindi credo che sia stata una bella cosa per le donne e per le ostetriche (Vianella, ostetrica casa maternità, intervista condotta nel 2012).

La casa maternità come luogo di continuità

Nel corso della gravidanza la donna deve essere assistita dagli stessi professionisti o dallo stesso gruppo di professionisti in modo continuativo. Le professioniste o i professionisti di riferimento, con i quali la donna ha stabilito un rapporto di fiducia, le devono garantire la continuità dell'assistenza durante tutta la gravidanza e, in presenza di eventuali complicazioni, devono definire per la donna un percorso di consulenza specialistica (Ministero della Salute 2011: 42).

¹¹ Cfr. Quattrocchi (2018).

I benefici della continuità dell'assistenza ostetrica sono ben noti nella letteratura scientifica, qualsiasi sia la struttura scelta (ospedale pubblico, domicilio, casa maternità, clinica privata, centro nascita intra-ospedaliero). Essere seguite dalle stesse professioniste – attraverso una assistenza individualizzata (one to one) costruita a partire dalla conoscenza reciproca e dall'instaurarsi di una relazione di fiducia – porta non solo a esiti materno-infantili migliori al momento del parto e del post-partum ma anche a una maggiore soddisfazione delle donne in merito all'esperienza vissuta (Renfrew et al. 2014; Perriman et al. 2018; Sandall 2018; WHO 2018b; Bradford et al. 2022).

Nelle case maternità italiane la continuità dell'assistenza è garantita dal team di ostetriche che lavora nella struttura, in media dalle 3 alle 5 professioniste, affiancate da altre operatrici o operatori della nascita. L'importanza della continuità è esplicitata in molti dei siti web istituzionali, in alcuni casi, fin dalla prima pagina; per esempio:

Dal test di gravidanza positivo potrai essere seguita in una *relazione di continuità dell'assistenza* dalla tua ostetrica di fiducia (<http://www.casamaternalalberodellavita.it>).

Gea è un luogo dove partorire in modo intimo e sicuro. La sua gestione e conduzione avviene principalmente da un team selezionato di Ostetriche che, seguendo le linee guida dell'OMS e Nazionali, e lavorando *secondo i principi della continuità assistenziale*, accompagnano ed assistono le donne e le famiglie dal concepimento fino ai primi anni di vita del bambino (<https://geacasamaternita.it/>).

La Casa Maternità è un ambiente in cui un *piccolo gruppo di professionisti si occupa di accompagnare, assistere e sostenere* la donna e la coppia sin dall'inizio della gravidanza fino al momento del parto, della nascita e del puerperio; in breve tempo è diventata un punto di riferimento solido non solo per donne e madri ma anche per l'intero nucleo familiare e per tutta la comunità (<https://casamaternitalemaree.it>).

La casa maternità Zoe dedica uno spazio specifico alla continuità dell'assistenza, non solo in relazione all'accompagnamento della donna incinta, ma anche al trasferimento di conoscenze e di competenze alle colleghe in formazione:

Arte ostetrica e continuità dell'assistenza. L'esperienza accumulata negli anni come ostetriche *dedite alla continuità assistenziale*, in particolar modo nel periodo della maternità e per l'assistenza al parto extraospedaliero, ci porta ad offrire alle colleghe neolaureate o che vogliono intraprendere un percorso di libera professione, un tirocinio formativo pratico e completo unico nel suo genere con possibilità di apprendere sul campo l'operato attraverso il lavoro delle ostetriche e conoscere da vicino la realtà delle case maternità (<https://casamaternitaroma.it>).

La casa maternità è spesso anche un luogo di formazione per ostetriche. Sono infatti diverse le strutture che propongono percorsi specifici dedicati alla fisiologia della nascita, alle competenze ostetriche in strutture non ospedaliere, all'esercizio della libera professione. La continuità è concepita come professionale (lo stesso team di ostetriche) e processuale (gravidanza-parto-puerperio e oltre) allo stesso tempo. Il fatto di poter contare sulle stesse persone durante il processo gravidanza-parto porta a costruire una relazione che non si esaurisce con il momento della nascita, ma che continua nel tempo, almeno nei primi anni di vita del bambino. Gravidanza-parto-puerperio e primi mesi di vita del bambino non sono concepiti come periodi a sé stanti, o fasi temporali dai limiti ben definiti. Tale concezione appartiene maggiormente alla prospettiva biomedica e riduzionistica (Lock e Gordon 1988), che necessita di definire aree e settori di intervento e specializzazione (pensiamo ai trimestri di gravidanza o alla parcellizzazione della cura neonatale tra diversi professionisti, dall'infermieristica alla pediatria, alla neonatologia). Lo sguardo non medico al processo riproduttivo non necessita di tali rigidi parametri; in altre parole, la prospettiva sociale non è discontinua, nel suo costruirsi come strumento di interpretazione dei processi fisiologici e della riproduzione (Andaya e El Kotni 2018). Spesso, contempla invece le transizioni e i passaggi, per definizione gradualità. Questo apre alla seconda questione su cui intendo riflettere in questo articolo. La casa maternità non è un luogo da cui andarsene una volta partorito.

La casa maternità come luogo sociale e di apprendimento

Afferma Verena Schmid:

La casa maternità è un luogo sociale per tutto il percorso nascita, dal concepimento al primo anno di vita, compreso la nascita, dove si creano reti di solidarietà (Schmid 2018: 208).

Si tratta di uno degli aspetti maggiormente enfatizzati dalle ostetriche che ho intervistato. La casa maternità non è solo un luogo in cui partorire. È anche un luogo in cui tornare, tessere relazioni e far crescere i propri figli. La casa maternità è, infatti, concepita come uno spazio sociale, in cui dopo la nascita del bambino la madre e la famiglia partecipano a diverse tipologie di eventi formativi e ludici. Questo aspetto è particolarmente evidente nella maggioranza dei siti web analizzati:

L'associazione Nascere e Crescere assiste e sostiene le mamme nella gravidanza, nel parto, dopo il parto e i loro bambini nella prima infanzia. È un luogo di incontro, con-

fronto e sostegno alla genitorialità. Promuove l'autogestione della salute ad ogni età! (<https://www.nascereecrescere.it>).

Casa maternità prima luce è un'associazione e uno spazio per le donne, per le donne in gravidanza, per le famiglie, per la nascita (<https://casaprimaluca.it>).

È diventato un luogo sociale, vedi che le mamme si fermano, vedo che procura benessere in generale alle donne e procura benessere, devo dire anche alle ostetriche (Vianella, ostetrica casa maternità, intervista condotta nel 2012).

Il supporto alla genitorialità è un processo non delegato necessariamente agli esperti, ma costruito sulla base di relazioni tra pari. L'organizzazione di attività sociali, culturali, ludico-ricreative permette di conoscere altre coppie che hanno partorito "allo stesso modo", producendo processi di identificazione e di empatia. Frequentare un luogo per condividere le proprie esperienze innesca in alcuni casi processi di co-costruzione dell'accudimento di cui i genitori sono motori fondanti. La rete di genitori che hanno partorito in una casa maternità, infatti, spesso si formalizza o istituzionalizza. Trova cioè un modo per "esistere" ed essere visibile. Per esempio, la costituzione in associazione, oppure la creazione di un blog o di una chat dedicata. A prescindere dallo strumento scelto, ciò che si persegue è l'occasione confrontarsi su problematiche, saperi e pratiche di accudimento e crescita dei figli, ma anche relative alla salute e all'educazione in generale.

L'Associazione Casa Maternità che gestisce la Casa Maternità "La Via Lattea" di Milano pubblica e diffonde un periodico chiamato "l'Uovo", la cui redazione è composta da famiglie che hanno avuto i loro figli nella struttura. Sulla rivista trovano spazio informazioni, esperienze, strategie per l'accudimento e l'educazione dei figli; ma anche tematiche più ampie che riguardano la salute e il benessere della famiglia. Attorno alle attività della Casa Maternità "Montallegro" ruota l'Associazione di genitori Tramama, costituita prevalentemente da coppie che hanno partorito i loro figli presso la struttura. I genitori che hanno scelto una delle tre strutture che costituiscono la "Casa di Caterina" in Friuli Venezia Giulia, condividono invece un vivace spazio virtuale, costituito da una chat che permette di condividere informazioni in tempo reale e in qualsiasi momento della giornata, ma anche preoccupazioni e soluzioni in merito a problematiche quotidiane legate alla salute familiare. In altre strutture, seppure non vi siano gruppi formalizzati, l'attenzione all'accompagnamento dei genitori dopo la nascita è chiaramente enfatizzato dal numero di eventi (conferenze, seminari, corsi, eventi ludico-creativi, ecc.) organizzati in maniera continuativa. I siti istituzionali sottolineano questa attenzione e la indicano come un momento importante di continuità

dell'esperienza. La Casa Maternità "L'albero della vita", offre per esempio lo "Spazio neo-genitori", così definito:

L'albero Conversazioni tra neogenitori definito come "un meraviglioso spazio dove le Neomamme e i Neopapà potranno condividere le proprie esperienze di genitorialità: gioie, stanchezze, emozioni, dubbi e paure (<http://www.casamaternalalberodellavita.it>).

Anche la casa maternità "Prima Luce" pone l'accento sul supporto alla genitorialità e alla famiglia:

L'Associazione si propone di tutelare la salute delle famiglie dal concepimento fino ai primi 6 anni di vita del bambino e offre percorsi individuali e di gruppo con lo scopo di promuovere [...] la creazione di momenti di aggregazione sociale e culturali per sostenere la ricerca, la formazione e la diffusione di informazioni basate sulle evidenze scientifiche, mettendo la famiglia al centro (<https://casaprimaluca.it>).

Esperienze come queste costituiscono non solo occasioni di confronto, ma anche momenti in cui si costruisce collettivamente il percorso di accudimento dei propri figli, in maniera del tutto volontaria: ricercando cioè spazi e momenti specifici in cui dedicarsi a questo processo. Nella complessità del nostro vivere quotidiano, ciò non è scontato: ritmi lavorativi, attese sociali, questioni pragmatiche e logistiche non permettono spesso alle neomamme (ancor meno ai neopapà) di frequentare strutture adibite all'accompagnamento post-partum (per esempio i consultori); e anche quando questo accade, il percorso solitamente si interrompe all'avvio dell'allattamento o della risoluzione di un eventuale problema dopo la nascita. La casa maternità rappresenta uno spazio altro anche in questo momento: non è solo un luogo in cui chiedere consulenza (come solitamente è percepita una struttura sanitaria nel periodo post-partum) ma è un luogo in cui fare delle cose insieme a persone che condividono le nostre esperienze. È uno spazio di apprendimento sociale, in cui anche le proprie competenze trovano modalità di espressione, in una forma non gerarchica di trasmissione del sapere. Ciò è evidente, per esempio nella seguente citazione:

Lo spazio NeoGenitori è uno spazio in cui un supporto socio-educativo mira a valorizzare le meravigliose risorse di ogni genitore affinché possano istituire una sana relazione di coppia e con il proprio bambino (<http://www.casamaternalalberodellavita.it>).

L'orizzontalità delle relazioni (tra pari) è un elemento importante in questo genere di esperienze, che possono certamente prevedere anche la presenza degli esperti, ma che

partono da presupposti di condivisione non gerarchici. Non a caso questi eventi spesso assumono la forma fisica e simbolica dei “cerchi”, in cui si transita continuamente, senza apici. La Casa Maternità “Pachamama”, per esempio, offre settimanalmente “un cerchio protetto fatto di donne madri e dei loro bambini” (<http://www.casamaternità-pachamama.it/>); così come la Casa Maternità “La Casa di Caterina”, che utilizza la simbologia del cerchio nella realizzazione di laboratori informativi ed esperienziali con le donne e con le famiglie (<http://lacasadicaterina.wordpress.com>).

Riflessioni finali. La casa maternità come iper-luogo

Al contrario dei non-luoghi, tracciati da Marc Augé (2005), in cui gli individui surmoderni transitano dentro processi identitari e relazionali sempre più effimeri, la casa maternità sembra essere un iper-luogo (Lussault 2019), in cui:

Ciò che il luogo contiene e (ri)assembla contribuisce a configurarlo e a farlo esistere come spazio umano specifico che possiamo distinguere dagli altri, uno spazio dotato di qualità proprie, un non-so-che e un quasi-nulla che lo qualificano e lo rendono riconoscibile a tutti; simmetricamente, in qualche maniera, le forme della vita sociale e le pratiche che un luogo permette sono incontestabilmente impregnate dei suoi caratteri peculiari. Pertanto, diventa impossibile separare il luogo da ciò che vi accade, si vive, si trama in esso e che permette al luogo di non essere un semplice ricettacolo (Lussault 2019: 47).

Si tratta di uno spazio “intenso” (Lussault: 59) fisico e simbolico allo stesso tempo, in cui oltre all’accompagnamento alla gravidanza, al parto e alla nascita è possibile trovare contenimento psicologico e relazionale, sviluppo delle proprie competenze genitoriali e occasioni di confronto e di crescita individuale e familiare. In altre parole, uno spazio di esperienza e di relazione che parte dall’idea di “mettere in comune qualcosa”, nel caso specifico saperi e pratiche di cura e accudimento.

In conclusione di questo lavoro, è interessante notare come la casa maternità – descritta nei siti istituzionali come “intima” (Marta Campiotti definisce la sua “proprio una casettina” nell’intervista condotta a Varese nel 2010) custodisca in sé la caratteristica di rendersi “estensibile” nello spazio e nel tempo secondo le necessità della donna, della coppia o della famiglia. “Iper-scalarità” la definirebbe ancora il geografo francese Lussault, ossia quella caratteristica per cui:

L’iper-luogo funziona a tutte le scale allo stesso tempo. L’iper-luogo si espande nello stesso momento in cui si concentra e addirittura si compatta; non è una capsula chiusa,

ma un piano al tempo stesso circoscritto e connesso, un “chiuso-aperto”, tanto delimitato quanto attraversato, oltrepassato, dilatato dall’infinità di linee di azione, di vita, di circolazione che vengono costantemente a legarsi e slegarsi. È un punto di incontro di rizomi mobilitari e comunicazionali, dove gli umani vengono ad ancorare le loro esistenze. [...]. Un momento di condivisione li lega per un lasso di tempo: ci si unisce perché ci si assomiglia (Lussault 2019: 60, 62).

Da luogo di intimità per la coppia (che ricerca uno spazio altro per vivere indisturbata un processo esistenziale così fondante), la casa maternità diventa luogo pubblico, di condivisione e di co-formazione nel momento in cui i diversi soggetti coinvolti lo desiderano. Si tratta di un processo del tutto diverso da quello offerto dalle strutture ospedaliere, dove il corpo gravido è *sempre* pubblico (Duden 1994), a prescindere o malgrado la volontà e il desiderio della donna partoriente.

[Articolo ricevuto il 19 Gennaio 2023 – accettato il 24 Maggio 2023]

Bibliografia

- Alliman, J., K. Bauer e T. Williams
2022 'Freestanding Birth Centers: An Evidence-Based Option for Birth', *The Journal of perinatal education*, 31(1), pp. 8 - 13. <https://doi.org/10.1891/JPE-2021-0024>.
- Andaya, E. e M. El Kotni
2018 'Socio-Cultural Approaches to the Anthropology of Reproduction', *obo in Anthropology*.
Doi: 10.1093/obo/9780199766567-0197.
- Augé, M.
2005 *Nonluoghi. Introduzione a un'antropologia della surmodernità*, Milano, Elèuthera.
- Biehl, J. e A. Petryna, A. (a cura di)
2013 *When People Come First: Critical Studies in Global Health*, New York, Princeton.
- Bradford, B.F., A.N. Wilson, A. Portela, F. McConville, C. Fernandez Turienzo e C.S.E. Homer
2022 'Midwifery continuity of care: A scoping review of where, how, by whom and for whom?', *PLOS Glob Public Health*, 2(10): e0000935. <https://doi.org/10.1371/journal.pgph.0000935>
- Browner, C. e C. Sargent (a cura di)
2011 *Reproduction, globalization, and the state: New theoretical and ethnographic perspectives*, Durham (NC), Duke Univ. Press.
- Byron Good, J.
1999 *Narrare la malattia. Lo sguardo antropologico sul rapporto medico-paziente*, Edizioni di Comunità, Treviso.
- Campiotti, M. (a cura di)
2001 *Linee guida di assistenza al travaglio e parto fisiologico a domicilio*, Varese, Associazione Nazionale Culturale Ostetriche Parto a Domicilio e casa Maternità (revisione 2017).
- Castañeda, A., N. Hill e J. Johnson Searcy (a cura di)
2022 *Obstetric Violence. Realities and resistance from around the world*, Bradford, Ontario, Canada, Demeter Press, pp. 59 - 75.
- Davis-Floyd, R.
1992 *Birth as an American Rite of Passage*, Berkeley, University of California Press.
- 2001 The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth, *International journal of gynaecology and obstetrics: the official organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics*, 75, Suppl. 1, pp. 5-23.
- Davis-Floyd, R. e C. Sargent (a cura di)
1997 *Childbirth and Authoritative Knowledge. Cross-Cultural Perspectives*, Berkeley, University of California Press.
- Downe, S., K. Finlayson, O.T. Oladapo, M. Bonet e A.M. Gülmezoglu
2018 'What matters to women during childbirth: A systematic qualitative review', *PLoS ONE*, 13(4): e0194906. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0194906>.

Duden, B.

1996 *Il corpo della donna come luogo pubblico. Sull'abuso del concetto di vita*, Torino, Bollati Boringhieri.

Euro-Peristat

2022 *European perinatal health report. Core indicators of the health and care of pregnant women and babies in Europe from 2015 to 2019*. <https://www.europeristat.com/index.php/reports/ephr-2019.html>.

Felli, P. e A. Lauria

2006 *La casa di maternità. Una struttura sociale per il parto fisiologico. Linee guida per la progettazione*, Milano, ETS Editore.

Fordyce, Lauren e A. Maraesa (a cura di)

2012 *Risk, reproduction, and narratives of experience*, Nashville, Vanderbilt University Press.

Foucault, M.

1998 *Nascita della clinica. Il ruolo della medicina nella costituzione delle scienze umane*, Torino, Einaudi.

2021 *Medicina e biopolitica: La salute pubblica e il controllo sociale*, Roma, Donzelli Editore.

Franklin, S. e H. Ragone

1997 *Reproducing reproduction: Kinship, power, and technological innovation*, Philadelphia, University of Pennsylvania Press.

Ginsburg, F. e R. Rapp (a cura di)

1995 *Conceiving the new world order: The global politics of reproduction*, Berkeley, University of California Press.

Han, S. e C. Tomori

2022 *The Routledge Handbook of Anthropology and Reproduction*, New York, Routledge.

Hollowell J., R. Rowe, J. Townend *et al.*

2015 'The Birthplace in England national prospective cohort study: further analyses to enhance policy and service delivery decision-making for planned place of birth', *Journals Library*, 3(36), <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK311289/> doi: 10.3310/hsdr03360.

Hutton, E.K., A. Reitsma, J. Simioni, G. Brunton e K. Kaufman

2019 'Perinatal or neonatal mortality among women who intend at the onset of labour to give birth at home compared to women of low obstetrical risk who intend to give birth in hospital: A systematic review and meta-analyses', *EClinicalMedicine*, 14, pp. 59 - 70. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2019.07.005>.

Inhorn, M. (a cura di)

2007 *Reproductive disruptions: Gender, technology, and biopolitics in the new millennium*, Oxford, Berghahn.

Inhorn, M.C. e E.A. Wentzell (a cura di)

2012 *Medical Anthropology at the Intersections: Histories, Activisms, and Futures*, Duke University Press Books.

Illich, I.

2005 *Nemesi medica. L'espropriazione della salute*, Milano, Boroli Editore.

2008 *Esperti di troppo. Il paradosso delle professioni disabilitanti*, Trento, Erikson.

Katz Rothman, B.

1991 *In labor: Women and Power in Birthplace*, New York, Norton.

Lussault, M.

2019 *Iper-luoghi. La nuova geografia della mondializzazione*, Milano, Franco Angeli.

Lock, M. e D.R. Gordon (a cura di)

1988 *Biomedicine Examined*, Dordrecht, Springer.

Lock, M. e V.K. Nguyen

2010 *An Anthropology of Biomedicine*, Oxford, Wiley-Blackwell.

Lubic, R.W.

1977 'The Maternity Center Association's Childbearing Center', *Journal of Reproductive Medicine*, 19(5), pp. 293 - 294.

Martin, E.

1987 *The Woman in the Body. A Cultural Analysis of Reproduction*, Boston, Beacon Press.

McCourt, C. (a cura di)

2010 *Childbirth, midwifery, and concepts of time*, New York, Berghahn.

Ministero della Salute, ISS, CeVEAS

2011 *Linee guida sulla gravidanza fisiologica*, Roma, Ministero della salute.

National Institute for Health and Care Excellence

2015 *Intrapartum care for healthy women and babies*, Clinical guideline, 9, London, National Institute for Health and Care Excellence.

Nelson, A. e E.C. Romanis

2021 'The Medicalisation of Childbirth and Access to homebirth in the UK: Covid-19 and Beyond', *Medical law review*, 29(4), pp. 661 - 687. <https://doi.org/10.1093/medlaw/fwab040>

Olsen, O. e J.A. Clausen

2012 'Planned hospital birth versus planned home birth', *Cochrane Library Database of Systematic Reviews*, 9.

2023 'Planned hospital birth compared with planned home birth for pregnant women at low risk of complications', *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3, Art. No.: CD000352. DOI: 10.1002/14651858.CD000352.pub3.

Organizzazione Mondiale della Sanità

2014 'La Prevenzione ed eliminazione dell'abuso e della mancanza di rispetto durante l'assistenza al parto presso le strutture ospedaliere', https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134588/WHO_RHR_14.23_ita.pdf

Perriman, N., D.L. Davis e S. Ferguson

2018 'What women value in the midwifery continuity of care model: A systematic review with meta-synthesis', *Midwifery*, 62, pp. 220 - 229. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.04.011>

Quattrocchi P.

2018 *Oltre i luoghi comuni. Partorire e nascere a domicilio e in casa maternità. Una ricerca antropologica*, Firenze, Editpress.

2019 'Violenza Ostetrica. Le potenzialità politico-formative di un concetto innovativo', *Etnoantropologia*, 7(1), pp. 125 - 147.

2022a '‘Seguridad’ y ‘respeto’ durante el parto y el nacimiento. El aporte de las mujeres y de las comadronas españolas e italianas desde un modelo de atención no medicalizado’, *Con-textos. Revista d'Antropologia i Investigació social*, pp.13 - 33.

2022b 'Policies and Practices on Out-of-Hospital Birth: a Review of Qualitative Studies in the Time of Coronavirus', *Curr Sex Health Rep.* <https://doi.org/10.1007/s11930-022-00354-7>.

Quattrocchi, P. e N. Magnone Alemán

2020 *Violencia Obstétrica en América Latina: conceptualización, experiencias, medición y estrategias*, Argentina, Ediciones EdUNLA.

Reitsma, A, J. Simioni, G. Brunton, K. Kaufman e E.K., Hutton

2020 'Maternal outcomes and birth interventions among women who begin labour intending to give birth at home compared to women of low obstetrical risk who intend to give birth in hospital: a systematic review and meta-analyses' *EclinicalMedicine*, 21:100319. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm>.

Regalia, A. e G. Colombo

2018 *La nascita: rischi reali, pericoli percepiti*, Roma, Carocci.

Renfrew, M. et al.

2014 'Midwifery and quality care; findings from a new evidence-informed framework for maternal and newborn care', *The Lancet*, Sep 20;384 (9948):1129-45.

Sandall, J., H. Soltani, S. Gates, A. Shennan e D. Devane

2016 'Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women', *The Cochrane database of systematic reviews*, 4(4), CD004667. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004667.pub5>

Savage, V. e A. Castro

2017 'Measuring mistreatment of women during childbirth: a review of terminology and methodological approaches', *Reproductive health*, 14(1), 138. <https://doi.org/10.1186/s12978-017-0403->

Schmid, V.

2019 *Il Parto in Casa e in Casa Maternità Criteri di qualità e sicurezza. I vantaggi di un parto fisiologico e consapevole*, Firenze, Terra Nuova Edizioni.

Spandria, R., A. Regalia e G. Bestetti

2014 *Fisiologia della nascita. Dai prodromi al post-partum*, Carocci, Roma.

Spina, E.

2009 *Ostetriche e Midwives. Spazi di autonomia e identità corporativa*, Milano, Franco Angeli.

Van Genneep, A

2012 *I riti di passaggio*, Torino, Bollati Boringhieri.

World Health Organization

1985 'Appropriate technology for Birth', *The Lancet*, 24, pp. 436 - 437.

2018a *WHO recommendations on intrapartum care for a positive childbirth experience*, Ginevra, Svizzera.

2018b *Continuity and Coordination of Care*, Ginevra, Svizzera, <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274628/9789241514033-eng.pdf?ua=1>

2022 *WHO recommendations on maternal and newborn care for a positive postnatal experience* Ginevra, Svizzera.

Sitografia

<http://www.maternalaquercia.it>

<http://www.casamaternita.it>

<http://www.nascereacasa.it>

<http://www.ilnido.bo.it>

<https://casaprimaluce.it>

<https://casamaternitaroma.it>

<https://casamaternitalemare.it>

<http://lacasadicaterina.wordpress.com>

<https://www.facebook.com/CasaAmarantoOnlus>

<https://www.associazioneilnido.it>

<https://geacasamaternita.it>

<https://www.doraluce.org>

<http://www.casamaternitapachamama.it>

<https://www.nascereecrescere.it>

<http://laviadicasamaternita.it>

<http://www.casamaternitalalberodellavita.it>

<https://lalunapiena.com>

<http://aloahcasamaternita.com>

<http://casamaternitacastelliromani.it>

www.nascereacasa.it

<https://cordis.europa.eu/project/id/256422>

www.birthcenters.org

<https://seaoflorence.it/seo>

<https://www.midwiferyunitnetwork.org/mu-standards>

www.geburtshaus.ch

www.babycentre.co.uk

About the Author

Patrizia Quattrocchi is a Professor in Cultural Anthropology at the University of Udine, Italy. She is interested in reproductive health, particularly in different responses, depending on context, to the overmedicalization of birth. She conducted ethnographic research on indigenous midwifery in Honduras (1998) and in Mexico (2000–2009), out-of-hospital birth in Italy, Spain, and the Netherlands (2010–2015), and obstetric violence in Argentina (2016–2018). She was twice awarded a Marie Skłodowska Curie Grant by the European Union. As a result of the second project titled *Obstetric violence. A new goal for research, policies and human rights on childbirth*, she is the coordinator of the Platform of Obstetric Violence (<https://obstetricviolence-project.com>). Her most recent publications include Quattrocchi, P. 'Policies and Practices on Out-of-Hospital Birth: a Review of Qualitative Studies in the Time of Coronavirus', *Curr Sex Health Rep* (2022). <https://doi.org/10.1007/s11930-022-00354-7>, Quattrocchi P. 2022 'Biopolitica, rischio e violenza ostetrica ai tempi dell'emergenza pandemica. Un'analisi processuale della "separazione da Covid-19"', in Gentile, Quagliariello e Sestito (a cura di) *Coronial. Antropologia della riproduzione e della sessualità al tempo del Covid-19*, Milano, Franco Angeli, 88-106.

PATRIZIA QUATTROCCHI

Department of Humanities and Cultural Heritage, University of Udine, Vicolo Florio 2/a 33100, Udine, Italy.

e-mail: patrizia.quattrocchi@uniud.it