

La posizione della partoriente come misura del grado di medicalizzazione del parto: ricostruzione storica e prospettive odierne

*Sibilla Zoraide Maria Cipolla **

THE POSITION OF THE WOMAN IN LABOUR AS AN INDICATOR OF BIRTH'S MEDICALIZATION LEVEL: HISTORICAL RECONSTRUCTION AND CURRENT PERSPECTIVES

ABSTRACT: This article aims at analyzing the current process of birth's medicalization starting from the observation of the position of woman in labour as a proof of the medical approach to gestation and pregnancy. This research traces the historical origin of the birth's medicalization from the XVII century when the male doctor appeared and replaced the midwives, thus breaking the traditional exclusiveness of women on the birth scene. Looking at the state-of-the-art in Italy, this paper highlights the frequent risks of excessive medicalization, through a comparison of the methods of hospital assistance in different geographical areas.

KEYWORDS: Childbirth; medicalization; position of woman in labour; female body; pregnant woman

ABSTRACT: Il presente articolo si propone di analizzare l'attuale processo di medicalizzazione del parto a partire dall'osservazione della posizione della partoriente quale emblema di un approccio medicalizzato su gravidanza e gestazione. Il testo intende ripercorrere l'origine storica del processo di medicalizzazione della gravidanza, segnata dall'apparizione della figura del medico sulla scena del parto nel XVII secolo, sostituendo così le figure femminili delle ostetriche ma, soprattutto, determinando la rottura della storica esclusività femminile nella stanza della partoriente. A partire da un breve sguardo sullo stato dell'arte in Italia, si intendono qui evidenziare i frequenti rischi di eccessiva medicalizzazione, attraverso un confronto delle modalità di assistenza ospedaliera in diverse aree geografiche.

PAROLE CHIAVE: Parto; medicalizzazione; posizione del parto; corpo femminile; partoriente

SOMMARIO: 1. Dalle levatrici ai medici: l'affermazione della posizione litotomica – 2. Stato dell'arte: dati e considerazioni sulla medicalizzazione del parto in Italia – 3. Quali conseguenze su donne e gravidanza? – 4. Come si partorisce nel mondo? Un confronto tra paesi sulla posizione della partoriente – 5. Le alternative possibili – 6. Considerazioni finali

* *Dottoressa in Diritti dell'uomo, delle migrazioni e della Cooperazione internazionale, Università degli studi di Bergamo. Mail: sibillacipolla@gmail.com. Contributo sottoposto a doppio referaggio anonimo.*



1. Dalle levatrici ai medici: l'affermazione della posizione litotomica¹

Gavidanza e parto sono stati a lungo “affari di donne”, ovvero esperienze vissute da donne tra donne all'interno di un comune orizzonte simbolico. Il parto, momento interamente femminile, avveniva nell'abitazione della partoriente, in cucina davanti al camino, nella stalla e, ancora, in molte zone dell'Europa nordorientale, nella sauna. Era un momento assimilato ad un rito di iniziazione femminile in cui la donna entrava finalmente nella schiera delle madri. Le levatrici e le puerpere erano profondamente legate da una comunicazione intergenerazionale e dallo scambio di conoscenze. Questa alleanza intergenerazionale e femminile trovava massima espressione nel momento del parto che diventava così un luogo protetto e sacro di risignificazione femminile; il parto, dunque, era un momento in cui le donne si aiutavano le une con le altre con una ritualità e delle conoscenze tramandate in linea femminile da una generazione all'altra. In particolare, erano state storicamente due le forme di assistenza durante l'evento della nascita: l'aiuto reciproco oppure il ricorso ad una donna esperta, la levatrice, chiamata anche comare o mammana. Pertanto, l'uomo era bandito dalla stanza della partoriente, anche perché il sangue mestruale e le evacuazioni del parto erano considerate fonte di contaminazione per la componente maschile, ribadendo con questo la distinzione di spazi e ruoli tra i due sessi.

Così, la maternità permetteva alla donna di rompere con la dipendenza gerarchica dell'uomo, proprio per la sua esclusione dal processo di gestazione. In questa rottura gerarchica la posizione della partoriente assume un significato centrale: in piedi, accovacciata o anche a carponi, le donne affermavano il loro potere generativo attraverso la libera disposizione del corpo durante l'evento della nascita. Di questo si ritrovano lungo la storia documenti e raffigurazioni di dee partorienti erette o accovacciate, mentre, invece, la posizione litotomica, emblema del processo di medicalizzazione del parto, è spesso assente².

Il parto era immerso in un'atmosfera di mistero e tabù che lo rendevano ancora più straordinario e affascinante; tuttavia, nel processo di disciplinamento della donna all'interno del matrimonio, gli aspetti magici della procreazione e della gravidanza vennero lentamente svuotati e rimossi dal sapere medico³. La visione religiosa cristiana del corpo, quale luogo di mistero, trovava la sua manifestazione anche nel parto, evento ricondotto al peccato di Eva e, dunque, “giusto castigo” per la donna, peccatrice per natura⁴. Così, già a partire dal Concilio di Trento (1545-1563) e dalla conseguente riforma

* Dottoressa in Diritti dell'uomo, delle migrazioni e della Cooperazione internazionale, Università degli studi di Bergamo. Mail: sibillacipolla@gmail.com

¹ Posizione supina con i piedi sollevati sopra il livello delle anche.

² A tal proposito si riportano in Appendice esempi di rappresentazioni di donne partorienti, risalenti a diversi secoli, in cui si denota come le posizioni prevalenti durante il parto fossero accovacciata o seduta o, ancora, in piedi.

³ M. DEL PRIORE, *Ao sul do corpo, cão feminina, maternidades e mentalidades no Brasil colônia*, San Paolo, 1990, 228; E. CHIARAMONTE, G. FREZZA, S. TOZZI, *Donne senza Rinascimento*, Milano, 1991, 129-135.

⁴ Sullo studio del corpo gravido come anche delle malattie femminili, legate ai movimenti dell'utero, si trova un'abbondante produzione lungo tutto il Cinquecento nelle raccolte di testi antichi e contemporanei dal titolo *Gynaecae*. E. CHIARAMONTE, G. FREZZA, S. TOZZI, *op.cit.*, 119-128.

cattolica, vennero poste le basi per la persecuzione del sapere femminile⁵ con la regolamentazione delle levatrici, in linea con il *Rituale Romanum*⁶. In tal modo,

«le donne furono espropriate da un patrimonio di saperi empirici su erbe e rimedi curativi che avevano accumulato e trasmesso di generazione in generazione, e la cui perdita ha aperto la strada a una nuova forma di recinzione. È nata così la medicina professionale, che ha eretto davanti alle “classi inferiori” un muro di inoppugnabile sapere scientifico, proibitivo nei costi e alieno, nonostante le sue pretese terapeutiche. La sostituzione della guaritrice popolare/strega con il dottore solleva la questione del ruolo che lo sviluppo della scienza moderna e della visione scientifica del mondo ha svolto nella nascita prima e nella fine poi, della caccia alle streghe⁷».

Secondo Carolyn Merchant⁸, la visione organica del mondo, in cui donna, natura e terra erano considerate nutrici e assimilate nella loro complessità, viene sostituita dalla filosofia meccanicistica di Descartes e dalla scienza moderna, basata sul nuovo metodo scientifico, che guardavano alla capacità riproduttiva della donna e della terra come risorse da sfruttare. La donna, dunque, nella sua assimilazione alla natura selvaggia, viene perseguitata proprio per il suo aspetto disordinato e fuori controllo, che la scienza doveva assoggettare⁹. È poi con il Rinascimento che si afferma una nuova cultura del corpo caratterizzata da un periodo di sviluppo di tecniche, da ampliamento delle conoscenze sia geografiche che sociali e filosofiche, da un nuovo spirito commerciale accompagnato da un dinamismo geografico e urbano che concorrono all'emergere di un nuovo individuo: consapevole di sé stesso e padrone del proprio corpo. Le nuove conoscenze geografiche erano state accompagnate da esplorazioni anatomiche, in cui l'obiettivo comune era la comprensione delle leggi e dei meccanismi della natura, ormai dominata da una visione meccanicista. Si apriva così, la strada alla “mascolinizzazione” del pensiero scientifico e alla rottura dell'esclusività femminile nel parto¹⁰. Ed è proprio nel corso del XVII secolo che si accentuò la «gerarchia professionale che sottoponeva le levatrici ai medici»¹¹, riaffermando in questo l'ormai riuscito processo di disciplinamento del sapere femminile, iniziato nei secoli addietro. L'origine storica della medicalizzazione del corpo femminile si può far, dunque, coincidere con il XVIII secolo, ossia l'apparizione della figura del medico sulla scena del parto¹². E difatti, nel corso del '700 si diffonde un'immagine del corpo femminile come frammentato, parcellizzato, un insieme di congegni di cui scoprire le leggi di funzionamento. Inoltre, si prende coscienza dei numeri critici di morti infantili e del bisogno di formare e controllare l'operato delle levatrici, declassate ad aiutanti dei medici. Le conoscenze femminili tradizionali vennero sottratte e riorganizzate in trattati di

⁵ Approfondimento interessante riguardo il sapere femminile nel Cinquecento si trova nel testo E. CHIARAMONTE, G. FREZZA, S. TOZZI, *op.cit.*, 137 ss.

⁶ Il testo regola la pratica dei sacramenti secondo le indicazioni del Concilio di Trento e fissava una serie di regole per l'esercizio della professione, che prevedevano una stretta sorveglianza della Chiesa sull'operato e sulla validità delle levatrici. N.M. FILIPPINI, *Generare, partorire, nascere. Una storia dall'antichità alla provetta*, Roma, 2017.

⁷ S. FEDERICI, *Calibano e la strega le donne, il corpo e l'accumulazione originaria*, Milano, 2004, 264.

⁸ Carolyn Merchant è una filosofa e storica della scienza ecofemminista americana.

⁹ S. FEDERICI, *op. cit.*, 265-267.

¹⁰ F. PIZZINI, L. LOMBARDI, (in collaborazione con), *Corpo medico e corpo femminile. Parto, riproduzione artificiale, menopausa*, Milano, 2007, 24-26.

¹¹ N.M. FILIPPINI, *op. cit.*, 171.

¹² F. PIZZINI, L. LOMBARDI, *op. cit.*, 18.

uomini di scienza, oppure tacciate di incantesimi pagani, malefici e magie. La ricerca medica si spese nella modifica e introduzione di strumenti per risolvere i parti più difficili, senza però grandi risultati; in particolare, il forcipe diventò il simbolo della nuova ostetricia e principale strumento d'arte¹³. È nel corso di questo secolo che lo Stato estromette la Chiesa dal controllo sul parto e sulla procreazione attraverso la riforma settecentesca dell'ostetricia, che produsse la scolarizzazione delle mammane. Il Settecento segna, difatti, una difficile ridefinizione dei rapporti tra Stato e Chiesa, proprio in risposta all'affermazione di un'egemonia statale nell'ambito riproduttivo, alimentata dalla laicizzazione della scienza positivista¹⁴. In aggiunta, vennero istituite le prime cattedre di ostetricia nella Facoltà di Medicina e vennero emanati editti per la limitazione del mestiere delle mammane, se non previo controllo statale. Per la prima volta, dunque, gli uomini istruivano le donne sull'arte del parto, sostituendo alla cultura popolare un'idea di sviluppo e progresso¹⁵.

Nel corso del XIX secolo si affermarono istituzioni quali ospedali e Maternità, ovvero strutture per il ricovero di partorienti illegittime e povere, sorti accanto agli ospizi per gli esposti. In queste strutture le nuove figure dei chirurgo-ostetricante¹⁶ avevano modo di osservare da vicino il corpo femminile, assistere al travaglio e portare avanti esperimenti sui corpi gravidi. Diverse furono le innovazioni in campo medico come l'auscultazione del battito cardiaco fetale, l'uso dello stetoscopio, nuovi studi sulla gestazione, sulla respirazione e sulla circolazione, indagini diagnostiche sulla gravidanza che portarono lentamente ad una rottura nei confronti della tradizione e ad una spinta verso la medicalizzazione¹⁷. Ed è proprio all'interno di questi ospedali che si affermano modelli e pratiche terapeutiche destinate a perdurare nel tempo. Alla progressiva sostituzione delle levatrici ad opera dei chirurghi-ostetricanti si accompagnava così la fine della conoscenza ed egemonia femminile nell'evento del parto, in cui l'affermazione della posizione litotomica ne era l'emblema: la donna, privata della comunità femminile che anticamente assisteva all'evento, si ritrovava sola, distesa su un lettino in cui "l'oggetto della scienza" era il suo stesso corpo gravido, agito dalla medicina mediante macchinari e strumenti. La storica presenza attiva della partorientente nell'intero processo veniva così sostitutiva da una passività, in cui la nascita veniva delegata ad un'azione chirurgica del medico¹⁸.

Nella formazione dello stato-nazione nell'Europa del XIX secolo, il controllo del corpo, soprattutto quello femminile, assunse il carattere di *res publica*: l'affermazione di una medicina nazionalizzata e istituzionale portò con sé l'assunzione di un potere centrale della categoria professionale dei medici, che partecipavano «all'elaborazione di discorsi regolatori del corpo, insieme biologico e politico, della nazione»¹⁹. Si assiste, così, nel corso del XIX secolo all'affermazione della riproduzione quale campo esclusivo di intervento della medicina, proprio attraverso il processo di esautoramento del ruolo delle levatrici e della gestione femminile del parto per una medicalizzazione dell'intero processo procreativo. Il trasferimento delle donne gravide in ospedale segnò, così, il progressivo passaggio del parto

¹³ F. PIZZINI, L. LOMBARDI, *op. cit.*, 26-27.

¹⁴ N.M. FILIPPINI, *op. cit.*, 179-180.

¹⁵ F. PIZZINI, L. LOMBARDI, *op. cit.*, 28-30.

¹⁶ Ovvero un chirurgo specializzato nell'assistenza al parto, N.M. FILIPPINI, *op. cit.*, 197.

¹⁷ F. PIZZINI, L. LOMBARDI, *op. cit.*, 32 ss.

¹⁸ N.M. FILIPPINI, *op. cit.*, 223.

¹⁹ V. RIBEIRO COROSSACZ, *Il corpo della nazione, Classificazione razziale e gestione sociale della riproduzione in Brasile*, Roma, 2004, 184.

«da campo del sapere popolare, orale e femminile, a sapere scientifico, tecnico, scritto e maschile»²⁰. I molti trattati e nuovi studi²¹ rivoluzionarono le antiche teorie organogenetiche, ponendo le basi per una nuova visione e rappresentazione dell'embrione, che posero le basi per le future tecniche di osservazione fetale²².

Nella prima metà del XX secolo si verifica la rottura finale con la tradizione storica su parto e gravidanza, conoscenza appartenuta al solo mondo femminile e tramandata storicamente da madre in figlia, consegnando, così, l'universo riproduttivo nelle mani della medicina e dello Stato. Difatti, l'interesse statale per il tasso di natalità decrescente e per l'elevata mortalità infantile giustificò lo sviluppo di progetti pubblici per il controllo e la salvaguarda della maternità²³. A partire dagli anni '30 del '900 si diede avvio al processo di ospedalizzazione del parto grazie anche all'introduzione di tecniche quali i raggi X e, poi nella seconda metà del secolo, degli ultrasuoni per controllare lo sviluppo del feto; l'interesse medico si spostò verso l'interno dell'utero dando origine ad un approccio medico nuovo riguardo parto e maternità. L'ultimo passaggio nell'ambito della riproduzione avviene nel XXI secolo con l'avvento di nuove tecniche in grado di controllare e intervenire nel processo stesso, producendo cambiamenti enormi sull'immaginario collettivo riguardo riproduzione e maternità. Non si guarda più alla maternità come un evento naturale che la donna può solo subire ma una realtà su cui agire; a questo si aggiunge l'allontanamento dalla concezione del parto come evento naturale, sostituito da una visione dello stesso come necessario di intervento medico²⁴. Da questa visione della necessaria presenza medica nei processi di procreazione e gravidanza «scaturisce la delega del proprio atto di mettere/non mettere al mondo, agli esperti della medicina e della tecnologia della riproduzione»²⁵. Infine, il determinismo biologico proprio delle tecniche di procreazione assistita diventa causa primaria di ogni relazione, riconducendo tutto ad un dato e un'azione biologica e meccanica.

2. Stato dell'arte: dati e considerazioni sulla medicalizzazione del parto in Italia

Da questa prima breve ricostruzione storica del lungo percorso di affermazione della medicalizzazione del parto si intende ora guardare la situazione italiana, volgendo lo sguardo sulle attuali criticità emerse nei molti studi condotti.

L'OMS definisce la salute riproduttiva come uno «stato di completo benessere fisico, psicologico e sociale [...] in tutto ciò che attiene il sistema riproduttivo, le sue funzioni ed i suoi meccanismi» e auspica che «le persone siano in grado di avere una vita sessuale soddisfacente e sicura, la possibilità di riprodursi, la libertà di decidere se e quando farlo»²⁶. Durante la conferenza *United Nation's International Conference on Population and Development* del 1994 al Cairo la salute riproduttiva viene fatta rientrare

²⁰ *Ibidem*.

²¹ G. BATTISTA BIANCHI, *De naturali in humano corpore vitiosa morbosaque generatione Historia*; S.T. SOMMERING, *Icones embryonum humanorum* in N.M. FILIPPINI, *op. cit.*, 235.

²² N.M. FILIPPINI, *op. cit.*, 237-238.

²³ F. PIZZINI, L. LOMBARDI, *op. cit.*, 44 ss.

²⁴ F. PIZZINI, L. LOMBARDI, *op. cit.*, 54.

²⁵ L. LOMBARDI, *Medicalizzazione del corpo e potere della medicina: questioni di genere?*, in E. CAMUSSI, N. MONACELLI (a cura di), *Questioni sul corpo in Psicologia Sociale, Giornate di studio Gdg*, Milano, 2010, *passim*.

²⁶ ISTAT, *La salute riproduttiva della donna*, Collana Letture statistiche, Roma, 2017, 21.

all'interno del concetto di salute quale componente irrinunciabile. Inoltre, viene sottolineato quale aspetto importante della stessa, il diritto di concepire liberamente e in maniera sicura, quindi, il diritto ad accedere a forme di contraccezione. In questo, sono ancora profondamente rilevanti, nell'evoluzione dei comportamenti riproduttivi, i fattori culturali. Storicamente, la 'rivoluzione contraccettiva', ovvero la transizione verso metodi moderni ed efficaci, vede il suo verificarsi in Europa nord-occidentale negli anni '60 e '70, in Sud Europa negli anni '80-'90 e, in alcuni paesi, è ancora in corso, come in Italia dove si ha un'elevata diffusione del coito interrotto (ISTAT, 2017). Anche negli obiettivi del *Millennium Development Goals* per il 2015, si è posto quale traguardo l'aumento della contraccezione come fattore di *empowerment* femminile²⁷.

In particolare, in Italia la gravidanza, primo motivo di ricovero delle donne (ISTAT, 2017), viene trattata come un evento eccessivamente medicalizzato: gli esami e i controlli medici sono molto più frequenti rispetto a quanto previsto dalle linee guida ministeriali e non sono sempre giustificati da gravidanze patologiche. Difatti, i dati rispecchiano un generale aumento della medicalizzazione già dal 2005; l'80,3 per cento (ISTAT, 2017) delle donne ha fatto oltre tre esami ecografici; il 37,6 per cento (ISTAT, 2017) si è sottoposta a sette o più, anche in caso di gravidanze singole e senza disturbi gravi. Così come la gravidanza, anche il parto in sé risulta fortemente medicalizzato. *In primis*, si ha un elevato ricorso al taglio cesareo, con una grossa incidenza anche tra le primipare e conseguente rischio di ripetizione dello stesso in parti futuri. Tuttavia, anche in caso di parto spontaneo si ha un frequente ricorso a pratiche mediche non sempre giustificate da determinate e particolari condizioni cliniche, come previsto dalle linee guida.

In questo senso, occorre evidenziare i fattori di vulnerabilità che si intrecciano con l'evidente medicalizzazione della gravidanza e che si riscontrano nell'analisi dei dati forniti dall'ISTAT. È, tuttavia, necessario sottolineare come il concetto di vulnerabilità si caratterizzi per una ambiguità definitoria che rischia di produrre una ulteriore vittimizzazione dei soggetti, in questo caso le donne. Difatti, nella sua accezione dominante comporta molto spesso una codificazione di determinate categorie di soggetti essenzializzati e cristallizzati in uno status di debolezza e impotenza, rispondendo ad una visione della vulnerabilità quale carattere ontologico, fisso e immutabile del soggetto²⁸. In questo senso, le persone sono *rese vulnerabili* dal loro particolare posizionamento sociale ed economico che "configura condizioni idonee a produrre una discriminazione e un'esclusione di carattere sistematico, strutturale"²⁹. Pertanto, si intende far qui riferimento al concetto di vulnerabilità come privazione del riconoscimento del potere e dell'autodeterminazione sul proprio corpo e sulla propria gravidanza della donna partoriente.

Fattori di vulnerabilità rilevati sono, dunque, età ed etnia, come anche condizione economica e geografica. In Italia, si può, infatti, osservare come si verifichi una maggiore incidenza di donne che effettuano la visita al primo mese di gravidanza tra donne laureate, con un'età compresa tra i 35 e i 49 anni, primipare e residenti nel Nord o nel Centro Italia. Effettuano invece, la prima visita al limite del periodo

²⁷ ISTAT, *op. cit.*, 20-22.

²⁸ C.F. PEDACE, *Vulnerabilità, vittime e diritti: un percorso attraverso la vittimologia, la criminologia critica e la critica femminista del diritto*, in A. SIMONE, I. BOIANO (a cura di), *Femminismo ed esperienza giuridica, Pratiche, Argomentazione, Interpretazione*, Roma, 2018.

²⁹ M.G. BERNARDINI, *La capacità vulnerabile*, Napoli, 2021, 33.

consigliato prevalentemente donne più giovani, con bassa scolarità, straniere e residenti nel Mezzogiorno³⁰. In questo senso, anche la collocazione geografica dei dati dimostra lo storico abbandono nel Meridione nelle scelte di politica pubblica, che pesano, in particolare, sulle donne. Per quanto riguarda l'etnia e la fragilità data dall'essere donna straniera, si può osservare come lo strumento della lingua italiana risulti necessario nell'eliminazione di quel *gap* comunicativo tra personale medico e paziente: l'assenza di una comunicazione chiara e lineare finisce spesso per lasciare ampio spazio a fenomeni di violenza ostetrica, intesa come esposizione a trattamenti e pratiche non autorizzate mediante consenso informato o carenti di informazioni comprensibili dalla gestante.

Anche per quanto riguarda il tasso di abbandono dell'allattamento, fattore fortemente influenzato dal grado di medicalizzazione dei punti-nascita, a livello territoriale i dati mostrano un minor rischio (-65 per cento) nel Mezzogiorno, se confrontato con il Nord est, rilevando come le pratiche ospedaliere inappropriate abbiano enorme peso. Infine, si conferma l'effetto protettivo della cittadinanza straniera, tale per cui le donne straniere hanno un minor rischio di non avviare l'allattamento rispetto alle donne con cittadinanza italiana³¹. In questo, si può forse considerare come il differente senso di comunità in culture altre favorisca la creazione di una comunicazione intergenerazionale e, con essa, il passaggio di conoscenze tra donne, fonte di protezione contro l'eccessiva medicalizzazione e la delega della propria gravidanza.

3. Quali conseguenze su donne e gravidanza?

Le criticità emerse nell'osservazione della medicalizzazione del parto in Italia vengono qui intese come dati di interesse da cui formulare considerazioni critiche su parto e gravidanza. Difatti, il lungo processo di espropriazione del sapere femminile, analizzato nel suo sviluppo storico, si afferma in un'attuale privazione delle conoscenze e competenze nonché di fiducia e di potere delle donne sul proprio corpo gravido, realtà che si riscontra analizzando i dati della medicalizzazione sul territorio nazionale. La medicalizzazione dell'intero processo di gestazione vede il suo apice nel momento del parto, anch'esso fortemente ospedalizzato e controllato, soprattutto, mediante l'utilizzo eccessivo di procedure assistenziali e del taglio cesareo. Come mostrato da studi e ricerche scientifiche³², infatti, il taglio cesareo, se non con precise indicazioni cliniche specifiche, aumenta il rischio di mortalità materna di circa tre volte e non porta a evidenti miglioramenti per la vita del neonato. Tra le possibili complicanze legate all'intervento, si annoverano un periodo di ripresa *post partum* molto più lento, perdite abbondanti di sangue, infezioni della ferita oppure della cavità uterina, danni più o meno gravi alla vescica e lesioni a livello intestinale, in ultimo il fenomeno della placenta accreta nelle successive gravidanze, un difetto di adesione placentare alla parete uterina, che predispone la partoriente a possibili emorragie *post partum*. È, altresì, necessario rimarcare come si riscontrino conseguenze anche per la salute del bambino come l'incremento della possibilità di sviluppare allergie e di indebolire il sistema immunitario; infine, la mancanza del contatto con i batteri vaginali materni può comportare lo sviluppo di una flora

³⁰ M.G. BERNARDINI, *op.cit.*, 41-42.

³¹ ISTAT, *op. cit.*, 7-8.

³² ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ, *Taglio cesareo: una scelta appropriata e consapevole*, Sistema Nazionale per le linee guida.

intestinale meno varia ed equilibrata³³. L'utilizzo eccessivo di questa tecnica, dunque, non può trovare causa solo in condizioni specifiche e delicate della gestante ma risulta riconducibile a comportamenti clinico-assistenziali non appropriati, radicati a livello territoriale³⁴. Ulteriore rischio, spesso legato alle procedure messe in atto in ospedale, è l'insuccesso e/o abbandono precoce dell'allattamento al seno, quale approccio naturale, che vede un elevato aumento nei casi di gravidanza e parto maggiormente medicalizzati e vissuti non come eventi fisiologici³⁵. Di conseguenza, anche l'allattamento al seno, fattore di influenza sulla salute della madre e del bambino, in particolare nella prevenzione di una serie di patologie quali cancro, diabete, allergie, obesità, subisce diverse alterazioni nel suo successo e durata proprio come conseguenza di una medicalizzazione eccessiva dell'evento della nascita.³⁶ Si osserva, spesso, che l'abbandono precoce è influenzato da elementi legati alle diverse fasi del percorso gestazionale e anche in questo caso, sono rilevanti le pratiche adottate nel punto nascita e il tipo di parto; si riscontra, infatti, un aumento del 60 per cento di probabilità di abbandono precoce per donne sottoposte a tagli cesareo³⁷.

Accanto alle conseguenze fisiche, qui elencate, dell'eccessiva medicalizzazione si vuole, però, sottolineare il portato culturale e sociale che l'assenza del potere decisionale femminile nell'evento della nascita comporta ad oggi. Un primo fattore rilevante è di certo la mancanza di conoscenza e competenza delle donne sul proprio corpo gravido, dovuto da un lato ad un lungo e storico processo di esaurimento della conoscenza femminile, dall'altro, ad una costante mancanza di comunicazione medico-paziente. Difatti, si rileva spesso un profondo disconoscimento da parte delle partorienti dei rischi legati al taglio cesareo in fase *pre* e *post partum*, come anche dei benefici del parto naturale. Rispetto a ciò, è interessante osservare come i dati ISTAT mostrino una profonda assenza di comunicazione tra personale medico e donne, causa principale della mancata frequenza ai corsi di accompagnamento alla nascita. I dati riportano, infatti, come il 42,0 per cento (ISTAT, 2017) delle donne intervistate a due anni dalla nascita del figlio non ritenesse utile il corso e il 6,0 per cento (ISTAT, 2017) non ne conoscesse neppure l'esistenza. Inoltre, la carenza di offerta nel territorio di residenza è stata di ostacolo alla frequenza del corso per il 9,7 per cento delle donne con una quota che raggiunge il 14,1 per cento nel Mezzogiorno³⁸. In questo, emerge, dunque, come la riduzione dell'agire femminile sulla scena del parto e l'affermazione di una visione passiva del corpo gravido come oggetto di scienza, abbia portato con sé la progressiva destituzione delle conoscenze femminili sul proprio corpo e l'inevitabile delega dello stesso all'istituzione medica.

E ancora. Secondo le linee guida ministeriali il numero delle visite non dovrebbe essere inferiore a quattro con una certa attenzione a effettuare i test e accertamenti, quando possibile, durante gli incontri previsti. I dati dimostrano, però, come attualmente in Italia sia in aumento la percentuale di donne che si sottopone a 7 o più ecografie: dal 28,9 per cento nel 2005 al 37,6 per cento nel 2013 (ISTAT, 2017). L'incremento ha riguardato anche le donne con gravidanza singola e senza disturbi gravi

³³ A. GRAZIOTTIN, *Taglio cesareo i rischi a lungo termine*, <https://www.fondazionegraziottin.org/it/index.php> (ultima consultazione 8/04/2022).

³⁴ I dati ISTAT fanno qui riferimento al territorio nazionale.

³⁵ ISTAT, *op. cit.*, 7-8.

³⁶ ISTAT, *op. cit.*, 67.

³⁷ ISTAT, *op. cit.*, 70 ss.

³⁸ ISTAT, *op. cit.*, 43.

(da 26,0 per cento a 33,5 per cento), per le quali, secondo le linee guida, dovrebbero essere sufficienti tre controlli ecografici³⁹.

La costante, dunque, che si rileva nella lettura dei dati è una visione della gravidanza come malattia, che spiegherebbe, così, la necessità di subire una continua ospedalizzazione. Ed è proprio dalla metà del XX secolo che il prestigio della medicina viene amplificato e l'ospedale diventa «il luogo di cura per eccellenza»; la sicurezza e il rifiuto del rischio di morte del neonato orientano profondamente le scelte delle donne ma, accanto a questo, anche i cambiamenti economico-sociali del secondo dopoguerra sono stati rilevanti. Difatti, «la sofferenza, il dolore, il sangue, gli umori che il parto comporta venivano allontanati dalla vita quotidiana all'insegna di un'immagine di salute, benessere e felicità»⁴⁰ che caratterizzava gli anni del boom economico. Si afferma così una visione del parto come ricovero, omologato a tutti gli altri, che produce una progressiva perdita della componente biosociale specifica dell'atto di nascita. L'ospedalizzazione modifica la gravidanza in un insieme di rituali standardizzati e spersonalizzati, nei quali la partoriente è trasformata in «paziente» e il parto in un «mero processo fisiologico/patologico da controllare, indurre, pilotare in maniera via via più tecnologica»⁴¹. Ed è in questa visione che la posizione litotomica assume, ancora una volta, una valenza specifica: la donna, collocata in una sala operatoria, «su un lettino alto, con le gambe immobilizzate sulle staffe, in piena luce»⁴² è reificata e oggettivata dall'agire medico. La totale assenza di intimità o di riservatezza, di personalizzazione dei bisogni e di informazioni riguardo ai trattamenti mutano il rapporto medico-paziente in «un'asettica distanza affettiva», in cui le richieste femminili sono totalmente silenziate; alla partoriente si richiede «una totale delega all'autorità medica, cioè una passività ubbidiente»⁴³. Così, la delega del proprio corpo e della propria gravidanza al medico priva le donne «della sicurezza di sé, [della] fiducia nel fatto che la natura sa quello che fa»⁴⁴, della capacità di percepire e sentire attraverso i propri sensi il proprio corpo gravido. L'effetto simbolico delle procedure ospedaliere porta inevitabilmente a cristallizzare nelle partorienti «comportamenti sociali che denotano un profondo senso di impotenza personale e, dunque, di necessaria dipendenza dalla medicina»⁴⁵.

Accanto a ciò, risultano sempre più frequenti segnalazioni di violenza ostetrica, ovvero forme di micro-aggressioni sottoforma di trattamenti e pratiche medico sanitarie agite senza il consenso della partoriente; si annoverano fra questi depilazioni del pube, la rottura artificiale delle membrane fatta di routine⁴⁶, clisteri pre-parto, somministrazioni eccessive o prive di consenso di farmaci⁴⁷, taglio cesareo senza consenso informato⁴⁸, sottoposizione all'episiotomia⁴⁹ – un intervento chirurgico finalizzato a

³⁹ ISTAT, *op. cit.*, 46.

⁴⁰ N.M. FILIPPINI, *op. cit.*, 279.

⁴¹ N.M. FILIPPINI, *op. cit.*, 280.

⁴² *Ibidem*.

⁴³ *Ibidem*.

⁴⁴ B. DUDEN, *I geni in testa e il feto nel grembo. Sguardo storico sul corpo delle donne*, Torino, 2006, 102.

⁴⁵ B. DUDEN, *op. cit.*, 112.

⁴⁶ I dati ISTAT rivelano come donne sottoposte a parto spontaneo subiscano la rottura artificiale delle acque nel 32,1 per cento dei casi.

⁴⁷ La somministrazione di ossitocina viene dichiarata dal 22,3 per cento delle donne, ma una quota non affatto trascurabile (14,2 per cento) dichiara di non sapere se le sia stata o meno somministrata. ISTAT, *op. cit.*, 64.

⁴⁸ N.M. FILIPPINI, *op. cit.*, 295.

⁴⁹ I dati ISTAT riportano come dati di sottoposizione ad episiotomia nel 34,6 per cento dei casi.

facilitare il passaggio del feto durante il parto vaginale, mediante l'incisione del perineo, considerato, tuttavia, inutile e dannoso⁵⁰.

Si può in questo senso annoverare la violenza ostetrica all'interno della nozione di violenza di genere, intesa come quella violenza agita solo e soltanto sul corpo delle donne da parte di un'istituzione maschile, in quanto espressione di un posizionamento gerarchico e gerarchizzante tra i generi. Pertanto, si intendono come cause di questa violenza non solo la mancanza di comunicazione medico-paziente all'interno degli ospedali ma anche l'assetto socioculturale di tipo patriarcale che, mediante un lungo percorso storico di appropriazione della conoscenza ed egemonia femminile nell'evento della nascita, subordina le donne, rendendole vulnerabili – intendendo con il termine vulnerabilità, la privazione della consapevolezza della propria autonomia e potere.

4. Come si partorisce nel mondo? Un confronto tra paesi sulla posizione della partoriente

Uno sguardo attento sulle diverse pratiche e sulle abitudini durante il parto nel mondo permette di analizzare il grado di medicalizzazione della gravidanza; in particolare, secondo alcune ricerche⁵¹, il parto si configura quale evento rivelatore del ruolo della donna all'interno della società, come se 'la scena del parto' fosse una rappresentazione simbolica del rapporto tra i generi. Sicuramente, lo studio della gestione della gravidanza e della nascita nelle società industrializzate permette di osservare il rapporto tra corpo e tecnologie, ossia l'intervento delle stesse nei processi biologici⁵². Segnatamente, il parto è un evento complesso e *biosociale*, ovvero luogo di intersezione tra dinamiche biologiche e sociali. Si caratterizza per la sua complessità, ossia per la presenza di variabili spesso non comprensibili con strumenti univoci. È un evento altamente coinvolgente poiché carico di emotività e che investe un campo ricco di simboli e pregiudizi, legati alla vita e alla morte; rientra, dunque, nelle realtà biosociali, con una particolare preminenza della componente biologica nei paesi occidentali, dove la medicalizzazione e ospedalizzazione è maggiore.

Volgendo lo sguardo alle culture antiche si ritrovano come posizioni maggiormente utilizzate durante il parto quella accovacciata e seduta. In Egitto, ad esempio, il parto si svolgeva su uno sgabello rudimentale formato da tre mattoni che permettevano alla donna di appoggiarsi; in Grecia e a Roma la donna partoriva generalmente da seduta, grazie all'utilizzo di una sedia ginecologica, caratterizzata da un sedile con un'ampia cavità a forma di mezzaluna e con due braccioli su cui la madre poteva aggrapparsi; inoltre, spesso la partoriente era sorretta posteriormente da un'assistente al parto⁵³. Ebbene, sono pochi i documenti storici⁵⁴ che descrivono parti avvenuti a letto e in posizione supina, mentre in molte raffigurazioni antiche le dee partorienti, emblemi della potenza generatrice, sono rappresentate in posizione verticale, accovacciata e seduta⁵⁵. Anche nei papiri di età egizia si ritrovano raffigurazioni in cui le donne che aiutano la partoriente rappresentano simbolicamente le dee protettrici: colei che

⁵⁰ ISTAT, *op.cit.*, 63.

⁵¹ F. PIZZINI, L. LOMBARDI, *op. cit.*, 55 ss.

⁵² F. PIZZINI, L. LOMBARDI, *op. cit.*, 54-55.

⁵³ M. CORRIDORI, V. FANOS, I. FARNETANI, *Nascere nella storia*, Milano, 2006, 41-42.

⁵⁴ Si riportano in Appendice esempi di raffigurazioni di parti nell'antichità a partire dal testo M. CORRIDORI, V. FANOS, I. FARNETANI, *op. cit.*, 2006.

⁵⁵ Vedi fig.5. e fig. 6 in Appendice.

mantiene diritta la partoriente rappresenta la dea Nefti, la donna che esorta a spingere è la dea Heket, la terza donna che accoglie il neonato svolge il ruolo di Iside⁵⁶.

Eppure, nel corso del XVIII secolo, con l'apparizione del medico sulla scena del parto e l'interesse della scienza medica per la riproduzione, vengono introdotti supporti volti ad agevolare il lavoro degli operatori; la diffusione della posizione litotomica è, infatti, collegata all'utilizzo di strumenti come il forcipe e di pratiche come l'episiotomia. I dati della letteratura scientifica e una riflessione critica sull'introduzione di questa posizione, però, hanno dimostrato come essa costituisca uno dei principali fattori iatrogeni nella storia della medicina. Al contrario, le ricerche scientifiche mostrano come l'adozione di alcune posizioni rispetto ad altre in momenti diversi del travaglio ne aiuti la progressione sia nella fase dilatante sia in quella espulsiva. In particolare, si raccomanda di incoraggiare l'adozione della mobilità e di una posizione eretta durante il travaglio nelle donne a basso rischio, così come si incoraggia la libera scelta della donna della posizione di nascita, comprese le posizioni erette⁵⁷. Difatti, la donna sa utilizzare il movimento pelvico spontaneamente, soprattutto per alleviare la sensazione dolorosa legata alle contrazioni uterine; la funzione principale del dolore durante il travaglio è proprio quella di guida per la ricerca di posizioni diverse che aiutino la progressione della dilatazione uterina e il movimento del bambino nel canale del parto⁵⁸.

Ebbene, la postura distesa della donna durante il parto sarebbe un indicatore della visione della stessa come 'oggetto della scienza', luogo su cui medici e infermiere, con una gerarchia maschile ben precisa, agiscono attraverso tecnologie e strumenti medici. Pertanto risulta di grande interesse approfondire le diverse pratiche e approcci alla gravidanza nei diversi paesi, proprio per comprendere il differente spazio di autonomia lasciato alle donne durante un evento così profondamente femminile. Queste ricerche hanno permesso di mostrare «le costanti umane relative al parto» e le differenze culturali: segnatamente, la posizione della gestante nella maggior parte delle culture non medicalizzate è tendenzialmente seduta o accovacciata⁵⁹.

Ad esempio, secondo alcuni studi⁶⁰, in Svezia, si usano sedativi, farmaci per il dolore, l'induzione e la stimolazione artificiale del travaglio; in Olanda, invece, la gestante, nella maggioranza dei casi, non chiede né ottiene farmaci di alcun tipo. Anche in Giappone si fa uno scarso uso di antidolorifici e la degenza in ospedale è molto prolungata: fino a cinque giorni per un parto vaginale e dieci per un parto cesareo. La maggior parte delle donne si affida principalmente ad un'ostetrica, mentre il medico interviene solo in caso di complicazioni e gravidanza a rischio. Inoltre, più della metà delle donne sceglie di partorire in casa, così come avviene anche in India, soprattutto nelle zone rurali. In Turchia come anche Egitto e Marocco, invece, è prevalente il ricorso a parti cesarei, la percentuale sfiora il 75% nelle cliniche private; inoltre, il cesareo viene eseguito generalmente in anestesia generale e non locale. In Africa subsahariana la posizione preferita è quella accovacciata in cui la partoriente è sorretta da altre donne; l'allattamento è considerato fondamentale sia per la salute e lo sviluppo del neonato sia per il legame affettivo che si crea tra madre e figlio. In Cina le donne preferiscono rimanere distese a letto

⁵⁶ Vedi fig.4 in Appendice.

⁵⁷ WORLD HEALTH ORGANIZATION, *Recommendations Intrapartum care for a positive childbirth experience*, 2018, 5.

⁵⁸ WORLD HEALTH ORGANIZATION, *op. cit.*, 8-9.

⁵⁹ F. PIZZINI, L. LOMBARDI, *op. cit.*, 59.

⁶⁰ *Ibidem*.

durante il travaglio e prediligono la posizione litotomica; inoltre, si utilizza maggiormente il latte artificiale per la necessità delle donne di tornare presto al lavoro. Infine, in Est Europa il parto risulta essere molto medicalizzato per l'utilizzo di antidolorifici e di diverse procedure assistenziali; in più, in alcuni Paesi, come l'Ungheria, la Repubblica Ceca, la Lituania e la Croazia, pur non essendo proibito alle donne di partorire a casa è proibito alle ostetriche e ad altri professionisti sanitari assistere ai parti a domicilio.

5. Le alternative possibili

Nonostante il rafforzamento e il radicamento della medicalizzazione e ospedalizzazione del parto non sono di certo assenti alternative e soluzioni femminili che pongano al centro la libera decisione della donna partoriente sul proprio corpo gravido e sull'evento della nascita. Difatti, all'interno delle rivendicazioni femministe del '900 appare la volontà di riaffermazione di un potere decisionale sul proprio corpo e sulla propria gravidanza che si esprimeva attraverso lo slogan "riprendiamoci il parto". In questo senso si affermava come l'eccessiva medicalizzazione fosse espressione di un'espropriazione di autodeterminazione femminile, che intendeva, invece, guardare al parto come evento naturale e non patologico. È in questa realtà che si apre la possibilità di forme alternative di parto in cui la libertà di scelta della posizione durante il travaglio simboleggia la nuova presa di posizione delle donne nell'evento della nascita. In questo senso il rifiuto della medicalizzazione del parto passava proprio dal rifiuto della posizione litotomica come massimo emblema di subordinazione e assenza di libera scelta femminile, a cui si contrapponevano le innumerevoli posizioni alternative assunte durante il parto: seduta, accovacciata, in piedi, su una palla, a carponi⁶¹. Nascono in questi anni azioni di riappropriazione del parto mediante l'affermazione di un'alternativa femminile alla medicalizzazione che rivendica una nuova assistenza al parto, in cui al centro sia posta la libertà femminile nella scelta della posizione durante travaglio e parto, nell'immediato contatto tra madre e figlio, nella assistenza psicologica e sociale per la preparazione della donna alla maternità, nel rispetto dei valori e della cultura di ogni partoriente. Da queste rivendicazioni e movimenti anche a livello istituzionale si riscontra l'introduzione di riforme che accolgono le istanze femministe: in Gran Bretagna nasce l'*Association for Improvements in Maternity Services* che incentiva il parto a casa, mentre il *National Childbirth Trust* si batte per il rafforzamento dell'*empowerment* femminile nella maternità; in Italia con la legge 405/75 si istituiscono i consultori famigliari in cui l'obiettivo è l'assistenza per una maternità consapevole; a Parigi la *Clinique de Lilla* predispone un'équipe di ostetriche che assistono il parto a casa. Infine nel 1985 l'OMS pubblica il documento *Tecnologia appropriata per la nascita*, in cui si ritrovano raccomandazioni per una corretta assistenza al parto fisiologico⁶².

A tal proposito, in merito all'eccessiva medicalizzazione, le indicazioni della *World Health Organization* sono molto chiare: si afferma, infatti, come l'approccio interventista non sia adeguatamente sensibile ai bisogni, ai valori e alle preferenze personali della donna, causando un indebolimento delle proprie capacità durante il parto e rischiando di avere un impatto negativo sulla sua esperienza gestazionale. Inoltre, l'uso discutibile delle tecnologie anche quando i benefici clinici non sono chiari, ha ulteriormente ampliato il divario di equità per le donne incinte e i neonati nelle popolazioni svantaggiate. Si

⁶¹ N.M. FILIPPINI, *op. cit.*, 291 ss.

⁶² N.M. FILIPPINI, *op. cit.*, 293 ss.

denuncia come le pratiche *intrapartum* non cliniche, come la fornitura di supporto emotivo attraverso l'accompagnamento del personale, la comunicazione efficace e l'assistenza rispettosa, che possono essere abbastanza economiche da implementare, non siano considerate prioritarie in molti contesti. Allo stesso modo, le opzioni di parto che rispettano i valori delle donne e promuovono la scelta durante la prima e la seconda fase del travaglio non sono costantemente fornite. Questi aspetti non clinici del travaglio e dell'assistenza al parto sono componenti essenziali dell'esperienza di cura che dovrebbero integrare eventuali interventi clinici necessari per ottimizzare la qualità delle cure fornite alla donna e alla sua famiglia, riaffermando con questo l'aspetto complesso e biosociale dell'evento del parto⁶³. Rispetto a ciò, il rapporto sulla pratica ostetrica nel mondo, *A Universal Pathway. A Woman's Right to Health*, prodotto congiuntamente dall'UNFPA, Who e Icm, rimarca la necessità di non considerare la gravidanza come una malattia, dando rilevanza centrale all'assistenza ostetrica, elemento chiave della cura per la salute sessuale, riproduttiva, materna e neonatale, connotata profondamente al femminile. Ulteriore esempio di azione a riguardo si ritrova nel Programma *Midwifery2030*, un report che include un nuovo quadro per la fornitura di assistenza sanitaria sessuale, riproduttiva, materna, neonatale e adolescenziale incentrata sulla donna. Come già delineato nel *World Health Report 2005 Make every mother and child count*, si intende promuovere modelli di cura incentrati sulla donna e gestiti dall'ostetrica, che hanno dimostrato di generare maggiori benefici di salute e risparmio economico rispetto ai modelli di cura medicalizzati⁶⁴. Inoltre, in Italia, dal 2007 l'Osservatorio nazionale sulla salute della donna e di genere (ONDA) ha avviato il progetto Bollini Rosa, con l'obiettivo di premiare gli ospedali che offrono percorsi diagnostico-terapeutici e servizi dedicati alle patologie femminili di maggior livello clinico ed epidemiologico, riservando particolare cura alla centralità della paziente e promuovendo un approccio di genere.

6. Considerazioni finali

In conclusione, il processo di medicalizzazione del corpo femminile si afferma quale risposta della modernità «alla necessità di controllo sociale sull'attività riproduttiva della donna»⁶⁵. Ma il controllo sul corpo delle donne porta con sé anche il controllo «dell'universo culturale in cui quel corpo è immerso e dal quale è plasmato»⁶⁶. Il corpo, difatti, vede in sé l'intreccio di due dimensioni, quella biologia e quella sociale e così il processo di riproduzione, che prende avvio dalla fecondazione, «ma la cui componente essenziale resta *l'esperienza relazionale irriducibile della gravidanza*», ossia la relazione che la donna intesse con il proprio corpo e con la vita che porta dentro di sé⁶⁷. In tal senso, la riscoperta e riaffermazione della centralità ed esclusività femminile nel processo di gestazione e sulla "scena del parto" si afferma quale necessità di riappropriazione dell'autonomia decisionale – in cui si includono anche la libera scelta della posizione da assumere durante il travaglio e il parto, come anche la corretta

⁶³ WORLD HEALTH ORGANIZATION, *op. cit.*, 8-10.

⁶⁴ UNFPA, *State of the World's Midwifery 2014 - Executive summary*, 2014, <https://www.unfpa.org/sowmy-2014> (ultima consultazione 8/04/2022).

⁶⁵ F. PIZZINI, L. LOMBARDI, *op. cit.*, 11.

⁶⁶ *Ibidem*.

⁶⁷ B. PEZZINI, *Nascere da un corpo di donna un inquadramento costituzionalmente orientato dall'analisi di genere della gravidanza per altri*, in *Costituzionalismo.it*, 1, 2017, 195.

preparazione e informazione su rischi e benefici dei diversi approcci medici – da parte della donna e delle donne, qui intese come assistenza ostetrica al femminile.

Appendice



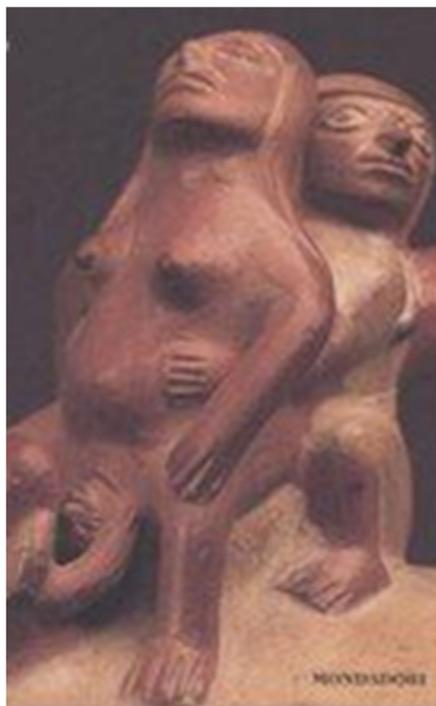
1

Egitto, Cairo, Museo Egizio, targa in bassorilievo che mostra una donna sulla sedia per il parto. Rilievo risalente alla fine del IV secolo a.C., proveniente dal tempio della dea Hathor a Dendera.



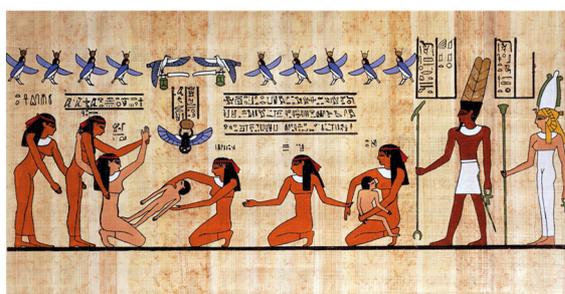
2

Terracotta del II secolo proveniente da Ostia, tomba dell'ostetrica Scribonia Attice. Ostia, Museo Ostiense. Rappresentazione dell'ostetrica Scribonia mentre adempie al suo lavoro.



3

Lima, Museo Arqueológico Rafael Larco Herrera, bottiglia peruviana, di epoca precolombiana, con raffigurazione di parto.



4

Il Cairo, Ragab Papyrus Institute, raffigurazione di una nascita in un papiro egiziano, Nuovo Regno, XIX dinastia (1292-1186).



5

Ankara, Museo della Civiltà Anatolica, Dea Madre partoriente in posizione seduta e accompagnata da due leoni ai lati, scultura in terracotta del VII millennio a.C. da Çatal Hüyük, Anatolia.



6

Bassorilievo in pietra situato nella chiesa di *SS Mary & David's*, Kilpeck, Herefordshire. La dea celtica Sheila na Gig è una delle grandi dee della Vita e della Morte, simbolo del potere femminile del parto.