

Camilla Cannone (Università degli Studi di Napoli)

LA VIOLENZA IN SALA PARTO. OSSERVAZIONI A MARGINE DI UNA QUESTIONE CONTROVERSA

1. Osservazioni introduttive. – 2. *Malpractice* o violenza di genere? – 3. La violenza ostetrica nel contesto sudamericano. – 4. Verso un parto a misura di donna? – 5. Conclusioni.

1. Osservazioni introduttive

Il concetto di violenza è stato associato al parto per la prima volta nel 1994 allorquando *The Inter-American Convention on the Prevention, Punishment and Eradication of Violence Against Women* (Convention of Belém do Pará 1994), tra le diverse forme di violenza basate sul genere che causano alle donne morte o sofferenze fisiche, sessuali o psicologiche (art. 1), ha incluso anche l'assistenza al parto (art. 2). Nel 2014 attraverso lo statement “*The prevention and elimination of disrespect and abuse during facility-based childbirth*”, l'OMS ha documentato che nel mondo numerose donne subiscono durante l'assistenza al parto diversi trattamenti abusanti nelle strutture sanitarie tanto pubbliche quanto private. Trattamenti che la stessa Organizzazione mondiale della sanità ha individuato nella mancanza di riservatezza, nella carenza di un consenso realmente informato, nell'abuso fisico ma anche nell'imposizione di procedure mediche non consentite, nella profonda umiliazione e nell'abuso verbale¹. In quell'occasione, l'OMS tornava ad affrontare la questione dell'appropriatezza del percorso nascita dopo che già nel 1985, in controtendenza con il fenomeno che da tempo inscriveva il parto *in uno scenario al confine con la patologia* (U. Galimberti, 2009), aveva messo a tema la questione della umanizzazione e demedicalizzazione del parto. Si trattava di riconoscere, secondo quanto si legge nel documento redatto dall'Organizzazione, innanzitutto il diritto delle donne ad un approccio al parto «più umano», un approccio cioè che tenesse conto del diritto delle donne a ricevere un'assistenza appropriata, ad assumere un ruolo centrale nella pianificazione del proprio parto e a porre in adeguato conto i fattori sociali, emotivi e psicologici che circondano il percorso nascita. In secondo luogo, si trattava di ricondurre il parto nell'ambito della fisiologia riducendo drasticamente tutte quel-

Studi sulla questione criminale, XIV, n. 1-2, 2019, pp. 151-164

¹ Nello Statement dell'OMS, tra i trattamenti abusanti subiti dalle donne nel mondo sono anche indicati la negligenza e l'incuria durante l'assistenza al parto e la detenzione forzata di donne e bambini nella struttura, dopo la nascita, a causa del mancato pagamento delle spese di degenza. Inoltre, lo Statement riferisce che le donne appartenenti alle comunità emarginate e alle minoranze etniche e razziali, così come le donne rifugiate, non sposate e adolescenti sono più vulnerabili rispetto a questo genere di abusi (WHO, 2014).

le procedure mediche associate allo stesso che, almeno nei paesi occidentali, a partire dalla seconda metà del Novecento, hanno preso a rappresentare, anche in presenza di situazione fisiologiche e non complicate, il parto come un fenomeno intrinsecamente rischioso tanto per la partoriente quanto per il nascituro da svolgersi in ogni caso – anche in quelli fisiologici e non complicati – sotto controllo medico (M. Vuille, 2010)². In Italia, l'attenzione crescente riservata ai fattori di rischio associati al parto – attenzione che indubbiamente ha avuto come effetto quello di ridurre la morbilità e mortalità di donne e bambini – è comprovata, per un verso, dal numero eccessivo di ecografie effettuate durante la gestazione e, per l'altro verso, dal ricorso eccessivo al taglio cesareo e a pratiche medicalizzate durante il parto. Diversamente da quanto indicato nei protocolli di assistenza alla gravidanza del ministero della Salute, che raccomandano di effettuare 3 ecografie durante il periodo di gestazione, gli ultimi dati disponibili, risalenti al 2015, documentano che sono state effettuate, indipendentemente dall'andamento della gestazione, in media 5,5 ecografie per ogni gravidanza con variabili regionali che oscillano fra una media di 7 ecografie in Basilicata e 3,8 ecografie in Piemonte³. Durante il parto, l'elemento maggiormente indicativo dell'eccessiva medicalizzazione dell'evento nascita continua ad essere rappresentato dal ricorso al TC in percentuali (34,21% dei parti totali)⁴ ancora troppe alte⁵ sia rispetto alla media europea⁶ sia rispetto alle raccomandazioni dell'OMS⁷, secondo le quali il ricorso al TC, come efficace pratica salvavita, deve atte-

² In realtà questa percezione del rischio è spesso sovrastimata. Per esempio, secondo l'OMS un numero di cesarei superiore al 10-15% non solo non è associato alla riduzione della mortalità materna e neonatale, ma può risultare persino dannosa a causa delle possibili complicanze che possono derivare alla partoriente (WHO, 2014).

³ In una percentuale minore ma non irrilevante di casi sono state effettuate anche 7 o più ecografie. Ancora una volta si registra una forte variabilità regionale con punte più alte nelle regioni del Sud Italia (F. Basili, 2015).

⁴ Anche rispetto al ricorso al parto chirurgico si registra una forte variabilità regionale con punte percentuali che oscillano tra il 60% dei parti totali effettuati in Campania e il 24% del Friuli Venezia Giulia (F. Basili, 2015). I dati disponibili, documentano poi una elevata variabilità anche rispetto alle diverse strutture ospedaliere in cui si partorisce, laddove si registra che nelle case di cura private ben l'81,3% dei parti totali venga effettuato ricorrendo al TC, a fronte di una percentuale pari al 52,5% dei parti delle case di cura accreditate (F. Basili, 2015).

⁵ Dopo che, per diverso tempo, si è registrato un incremento nel ricorso al parto chirurgico – passando dall'11% sul totale dei parti del 1980 ad un 38% del 2008 – negli anni 2014 e 2015, il ricorso al parto cesareo si è attestato intorno a percentuali, rispettivamente, del 35,01% (F. Basili, 2015) e del 34,21% (CEDAP, 2015) dei parti totali.

⁶ L'Italia è il Paese europeo che fa maggiormente ricorso al taglio cesareo. La media europea nel 2011 era del 26,7%, OCSE, Healt Database.

⁷ Indicazioni analoghe sono contenute nel Piano sanitario nazionale 2011-2013 che esorta a contenere il ricorso al TC al di sotto del 20% del totale dei parti (ministero della Salute, Schema di piano sanitario nazionale 2011-2013).

starsi su percentuali non superiori al 10-15% dei parti totali (WHO, 2014). Non meno preoccupante appare il ricorso di *routine*⁸ a quelle pratiche che incidendo in vario modo sulla fisiologia del parto vengono indicate come inappropriate tanto dall'OMS quanto dalle linee guida nazionali sul parto fisiologico (ISS, 2011). Tra queste, sono decisamente comuni nei reparti di maternità e nelle sale parto italiane la rottura artificiale delle membrane, l'episiotomia, la somministrazione di ossitocina⁹, l'induzione del travaglio e l'anestesia epidurale¹⁰, nonché l'impeditimento del contatto pelle a pelle tra madre e neonato, del roming-in e dell'attaccamento al seno entro le prime due ore dal parto¹¹. Questo eccesso di medicalizzazione che interessa tanto la gestazione quanto il parto convoca la riflessione non solo su una medicina che, nel tentativo di evitare sequele giudiziarie, sta sempre più avviandosi verso forme difensive ma consente anche di mettere a fuoco il processo, già ampiamente noto agli studi sociologici, che vede la medicina aprirsi un varco tra i dispositivi di potere in grado di esercitare un controllo sui corpi degli individui. Nelle pieghe della riflessione sociologica, riflessione che già a partire dagli anni Settanta del secolo scorso aveva messo a tema il controllo del potere sui corpi degli individui (L. Leibovici, 2002), è Foucault ad aver spiegato che oggi non è più solo il corpo malato ad essere oggetto di interesse da parte della medicina ma è la vita nel suo dispiegarsi a divenire oggetto di cure (M. Foucault, 1976). Oggetto del potere sono i corpi degli individui, aveva scritto Foucault (1976, 123), il “*corpo attraversato dalla meccanica del vivente e che serve da supporto ai processi biologici: la proliferazione, la nascita e la mortalità, il livello di salute, la durata della vita, la longevità con tutte le condizioni che possono farla variare*”. È a questo livello del discorso che il pensiero femminista, agli inizi della seconda metà del secolo scorso, declinava la relazione tra corpo e potere focalizzando l'attenzione su un corpo particolare: il corpo femminile. Le questioni che impegnano le donne in quegli anni ruotano intorno al problema della libertà del corpo e della sessualità femminile, luoghi reali e simbolici dell'assoggettamento maschile. Se è vero che, nella nostra società, il corpo femminile si presenta, come sostiene Barbara Duden (1994), come corpo pubblico, ossia come corpo più intensamente normato di quello maschile ma anche più intensamente patologizzato e dunque medicalizzato (T. Pitch, 2006, 99), è perché proprio sul corpo femminile si è giocata – attraverso veti, controlli e mortificazioni – la partita del potere maschile sulle donne. A tal proposito scrive Tamar

⁸ M. Grandolfo (2012).

⁹ ISTAT (2014).

¹⁰ M. Grandolfo (2012).

¹¹ M. Grandolfo (2012).

Pitch (2006): se il corpo femminile è più medicalizzato di quello maschile, “*le pratiche di prevenzione più puntuali ed estese, l'autovigilanza che esso richiede più intensa*” è perché la capacità riproduttiva della donna costituisce una minaccia che in quanto tale necessita di un controllo sociale. Secondo questa lettura, non è certo un caso se durante il parto il personale sanitario controlla ogni azione della partoriente arrogandosi la possibilità di decidere cosa ella deve fare e come deve partorire (M. Sadler *et al.*, 2016). Seguendo questa traccia, si rivela interessante allora provare a domandarsi se durante il travaglio, il parto e il post-partum le donne siano messe in condizioni di fare scelte consapevoli o se piuttosto non passino attraverso un percorso obbligato perfino ricevendo trattamenti sanitari senza poter dare o rifiutare il proprio consenso.

2. Malpractice o violenza di genere?

Nelle pagine che seguono, si assumeranno i momenti della gravidanza, del parto e del post-partum come banco di prova per saggiare quella microfisica del potere che “*si offre nei termini di esercizio e dislocazione orizzontale del governo della vita*” (V. Marzocco, 2012) allorquando in discussione è il corpo della donna per cercare di comprendere se il fenomeno degli abusi in sala parto può essere inquadrato entro il generale discorso della violenza contro le donne. Una forma di violenza sottile e poco conosciuta che proprio per queste ragioni si presta ad essere facilmente riproducibile. Una forma di violenza socialmente legittimata e per questa ragione in grado di alterare gli strumenti cognitivi tanto delle vittime quanto degli aggressori mediante la diffusione di pratiche e modelli che, introiettati da entrambi i soggetti del rapporto come del tutto naturali, nascondono i rapporti di forza ad essi sottesti in quanto vittima e dominante non sempre sono consapevoli, una, di subire e l'altro di esercitare violenza (M. Sadler *et al.*, 2016). Le vittime, le donne, non sempre sono consapevoli di subire violenza perché possono ritenere del tutto normali o addirittura necessarie le pratiche abusanti dalle stesse subite. A tal proposito interessante si rivela uno studio qualitativo, effettuato fuori dal confine nazionale, relativo alle preferenze delle donne partorienti durante la loro degenza ospedaliera, che ha mostrato come le gestanti non siano consapevoli che il modo di partorire dovrebbe poter essere scelto da sé anziché essere imposto dal medico o dalla struttura sanitaria in cui il parto ha luogo (C. H. Vacaflor, 2016). Analogamente, da una indagine svolta in Italia dalla DOXA per conto dell’Osservatorio sulla violenza ostetrica, è emerso che un terzo delle donne intervistate non è stato coinvolto nelle decisioni durante l’assistenza al parto e che il 61% delle donne che ha dichiarato di aver subito un’episiotomia (54%) ha riferito di non aver espresso al-

cun consenso informato, nonostante l'episiotomia sia un intervento chirurgico (DOXA-OVO, 2017). I professionisti sanitari, dal canto loro, tendono a negare che in sala parto si eserciti una qualche forma di violenza in quanto l'immagine del medico *aggressore*, che inevitabilmente la categoria della violenza ostetrica rimanda alla mente, apre di fatto uno iato rispetto alla classica rappresentazione – del *medico che salva* – che il medico ha di sé (M. Sadler *et al.*, 2016). È in questa progressione, dunque, che si è venuta delineando nel nostro Paese la discussione sul tema oggetto di questo contributo. Il tratto distintivo della stagione che dà vita in Italia alla discussione sulla violenza ostetrica, discussione in vero ancora in fase embrionale, è segnato, da un lato, dalle ragioni delle attiviste le quali, sulla scorta dei dati forniti dall'OMS e avendo come modello la *Ley organica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia* varata in Venezuela nel 2007 – che riconosce giuridicamente e sanziona, per la prima volta, gli abusi subiti dalle donne partorienti da parte del personale sanitario all'interno delle strutture ospedaliere –, hanno tentato di aprirsi un varco all'attenzione dell'opinione pubblica, per sollecitare il riconoscimento di questa particolare forma di violenza, sia da un punto di vista socio-culturale che normativo. La convinzione delle attiviste è che si sia in presenza di una chiara forma di violazione dei diritti umani delle donne in materia di salute riproduttiva realizzata attraverso l'applicazione di procedure mediche non necessarie e non acconsentite, procedure in grado di alterare i naturali processi fisiologici del parto¹². Secondo le attiviste si tratterebbe di una forma di violenza al crocevia tra la violenza istituzionale e la violenza di genere. In quanto violenza istituzionale, la violenza ostetrica costituirebbe una violazione dei diritti e delle libertà fondamentali delle donne in materia di salute riproduttiva, quali il diritto a non essere discriminate, il diritto ad una corretta informazione ed il diritto all'integrità psico-fisica ed alla autonomia riproduttiva. In quanto violenza di genere essa è espressione delle disuguaglianze di potere esistenti tra uomini e donne (L. Lombardi, 2016). Dall'altro lato, la discussione è segnata dalla dura reazione da parte delle associazioni dei ginecologi, le quali, nel tentativo di rifiutare qualunque riconoscimento tanto culturale quanto normativo ad una categoria concettuale come quella della violenza ostetrica, hanno inteso condurre la discussione sul senso e sulla portata degli abusi subiti dalla donne in sala parto o entro gli stretti ranghi della *malpractice*¹³ o attraverso quelle analisi inclini a

¹² Cfr. <http://freedomforbirthmeactiongroup.blogspot.com/?m=1> e <https://ovoitalia.wordpress.com/>.

¹³ Di analogo tenore appaiono i dati riportati in Argentina laddove benché una legge dello Stato abbia riconosciuto come reato la violenza subita dalle donne in sala parto, le Corti continuano a giudicare tali casi come casi di *malpractice* (C. H. Vacaflor, 2016). Situazione analoga è

riconoscere la necessità di modificare in modo più efficiente i protocolli assistenziali applicati all'interno di alcune strutture sanitarie italiane¹⁴, in particolare nei presidi ospedalieri con meno di mille parti l'anno¹⁵. Sennonché le argomentazioni avanzate dalle associazioni dei ginecologi, sia che propongano una gestione più efficiente dei punti nascita, sia che suggeriscano un ammodernamento in linea con le indicazioni dell'OMS dei protocolli ospedalieri relativi al percorso nascita, sembrano tuttavia eludere quelli che appaiono essere i due punti fondamentali della questione: da un lato il problema dell'autodeterminazione della donna rispetto alla propria salute riproduttiva e al proprio percorso nascita, dall'altro il problema della delega ai saperi esperti che la narrativa interventista, oggi dominante nelle strutture sanitarie italiane, comporta. In realtà, le argomentazioni offerte dai ginecologi, che pure riescono a rendere conto di alcune criticità effettivamente esistenti, rischiano di essere, se considerate come le sole cause del fenomeno, troppo semplicistiche e dunque insufficienti a rendere conto della complessità di un fenomeno che con ogni probabilità affonda le proprie radici in un preciso contesto epistemologico. Le argomentazioni portate avanti dalle associazioni dei ginecologi non consentono di spiegare, per esempio, come mai la maggior parte delle pratiche ostetriche (rasatura del pube, clisteri, episiotomia, posizione litotomica...) vengano imposte alle donne di *routine*, cioè senza alcun fondamento scientifico, e senza che le stesse prestino il proprio consenso, a maggior ragione se si pone mente al fatto che già a partire dal 1985 l'OMS ha raccomandato di evitare, in assenza di precise indicazioni terapeutiche, questi trattamenti degradanti e privi di giustificazione medica. A ciò si deve aggiungere che spesso sono proprio queste pratiche che hanno luogo di *routine* durante il travaglio e/o il parto (ad esempio posizione litotomica, monitoraggio cardiotocografico in continuo durante il travaglio)¹⁶ a condur-

riportata in Messico (F. Diaz-Tello, 2016). Di tanto si dirà più approfonditamente nelle pagine che seguono.

¹⁴ Benché la legislazione sanitaria nazionale annoveri al suo interno delle linee guida relative al parto fisiologico con le quali l'Italia ha tentato di recepire le indicazioni internazionali in materia, di fatto le modalità di assistenza e di conduzione del parto si presentano fortemente connotate dal contesto regionale di riferimento, con una forte variabilità tra una regione e l'altra.

¹⁵ *La boccatura dei ginecologi: "Contro la malasanità in sala parto non servono nuove leggi"*, in quotidianosanità.it, 15 aprile 2016; *Parto. "Introdurre il reato di violenza ostetrica". Arriva la proposta di legge. Ma è polemica*, in quotidianosanità.it, 15 aprile 2016; *Critiche anche dagli anestesiologi Aario-Emac: "Si introducono elementi pericolosi"*, in quotidianosanità.it, 15 aprile 2016.

¹⁶ A tale proposito, le linee guida sul taglio cesareo forniscono 59 raccomandazioni suddivise tra casi in cui vi è una chiara indicazione al ricorso al TC (presentazione podalica del feto, placenta previa ecc.), situazioni da valutare caso per caso (sproporzione cefalo-pelvica, uno dei feti è in posizione podalica nel corso di gravidanza gemellare ecc.) e situazioni che non costituiscono un'indicazione al TC (pregresso TC, travaglio pretermine, gravidanza gemellare, un'infezione da virus epatite B e C) (ISS 22, 2012-2016).

re più facilmente al parto operativo o al TC (ISS 22, 2012-2016). Da un'indagine su un campione rappresentativo di cinque milioni di donne condotta in Italia nel 2017 è emerso che il 21% delle donne intervistate (pari a circa un milione di donne) ha dichiarato di aver subito una qualche forma di violenza durante il parto e il 6% di loro ha dichiarato di non aver voluto avere altri figli a causa del trauma subito¹⁷. Tra i trattamenti ricevuti e ritenuti abusanti, le donne hanno indicato l'episiotomia, la rottura artificiale delle membrane, la rasatura del pube, il clistere, il divieto di movimento durante il travaglio, la separazione dal bambino, la dilatazione manuale e il clampaggio del cordone ombelicale (DOXA-OVO, 2017)¹⁸. Il 19% delle madri ha lamentato poi una carenza di riservatezza durante il parto e la degenza in ospedale mentre il 12% ha dichiarato di essere stato privato della possibilità di avere vicino durante il travaglio una persona di fiducia (DOXA-OVO, 2017). Eppure il secondo comma dell'art. 32 della Costituzione, sancendo il definitivo superamento dei canoni del paternalismo medico, dispone che “*Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge*” e che “*in nessun caso*” questi trattamenti possono violare il limite imposto dal “*rispetto della persona umana*” e dalla sua dignità. A proposito di dignità, non è certo un caso se la Carta dei diritti fondamentali dell'Unione Europea, che si apre proprio con un riferimento solenne alla dignità, affidi al “*consenso libero e informato della persona interessata*” (art. 3) la liceità di ogni intervento sanitario al fine di garantire la tutela del diritto all'integrità della persona. Integrità non solo fisica ma anche psichica, come pure riconosciuto dall'Organizzazione mondiale della sanità che definisce la salute come condizione di “benessere fisico, psichico e sociale”. Perché, allora, proprio durante il parto, luogo simbolico e concreto di estrinsecazione della forza femminile e soprattutto della unicità della donna, viene interdetta alla stessa la possibilità di prendere decisioni che riguardano il proprio corpo e la propria salute? Siamo di fronte, come scrive Caterina Botti (2014), ad una forma di delegittimazione morale della donna? Prende corpo qui l'idea che, negando a priori la possibilità di esprimere il consenso alle donne, cioè imponendo trattamenti per i quali le partorienti non sono chiamate ad esprimere alcun consenso, si interferisca con il processo di determinazione di sé della donna funzionale alla rappresentazione della stessa come soggetto debole ed incapace di prendere decisioni, rappresentazione che restituisce alla mente l'immagine stereotipata della donna vulnerabile e sottomessa (all'uomo) non in grado di esercitare un controllo sul proprio corpo (C. H. Vacaflor, 2016).

¹⁷ Indagine DOXA commissionata da OVO Italia, *Le donne e il parto*, consultabile in <https://www.doxa.it/le-donne-parto-2017> e <https://ovoitalia.wordpress.com/indagine-doxa-ovoitalia/>.

¹⁸ Cfr. anche E. Skoko, A. Battisti (2016).

Forse è proprio questo lo snodo cruciale della questione, quello in cui ad essere in gioco è il riconoscimento della potenza materna che un approccio al parto direttivo e paternalistico mira a neutralizzare attraverso uno fra i tanti dispositivi di potere: la medicina. È per questa ragione che L. Irigaray (2010, 138) poteva scrivere che “*Il potere (ri)produttivo della madre, il sesso della donna: sono le due poste in gioco per cui proliferano i sistemi, i luoghi chiusi del ‘soggetto’*”. Quale partita, dunque, si sta giocando sul corpo delle donne partorienti? Non siamo forse in presenza di una forma di violenza che si abbatte sulle donne proprio perché donne? La risposta a questa domanda non può che essere affermativa se per violenza nei confronti delle donne si intende, secondo la definizione data dalla Convenzione del Consiglio d'Europa sulla prevenzione e la lotta contro la violenza nei confronti delle donne e la violenza domestica (Istanbul, 2011), “*una violazione dei diritti umani e una forma di discriminazione contro le donne, comprendente tutti gli atti di violenza fondata sul genere che provocano o sono suscettibili di provocare danni o sofferenza di natura fisica, sessuale, psicologica o economica, comprese le minacce di compiere tali atti, la coercizione o la privazione arbitraria della libertà, sia nella vita pubblica che nella vita privata*”.

3. La violenza ostetrica nel contesto sudamericano

La crescente attenzione riservata al problema della violenza contro le donne pare essere stata determinante anche nel redigere la prima legge al mondo – la *Ley organica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia* – varata nel 2007 in Venezuela con l'intento di disciplinare, tra le diverse forme di violenza agite nei confronti delle donne, il fenomeno degli abusi in sala parto esercitati dal personale sanitario in danno delle donne partorienti. È in quella sede che è nata la suggestiva formula “*violencia ostetrica*”, formula con la quale si è inteso designare quella particolare forma di violenza che si sostanzia ne “*la apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por personal de salud, que se expresa en un trato deshumanizador, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad, impactando negativamente en la calidad de vida de las mujeres*” . Come è evidente, la nota specifica della legge che per la prima volta mette a tema la questione degli abusi esercitati in sala parto a danno delle donne sta collocata nella presa di coscienza critica riguardo al conflitto tra autoritarismo medico ed autonomia della paziente, tra l'abuso di medicalizzazione e di patologizzazione dei processi fisiologici che hanno luogo durante il travaglio e il parto e le richieste di riconoscimento e protezione delle decisioni, libere ed informate, da parte delle don-

ne in merito al percorso nascita. A confronto della legge venezuelana, non altrettanto significative appaiono, sotto il profilo del riconoscimento dei diritti della gestante, la “*Ley de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales*” che, in Argentina, definisce la violenza ostetrica come “*aquella que ejerce el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, de conformidad con la Ley 25.929*”, e la messicana “*Ley General de Acceso a una Vida Libre de Violencia*”, che, all’articolo 6, definisce la violenza ostetrica come “*toda acción u omisión por parte del personal médico y de salud que dañe, lastime, denigre o cause la muerte a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio*”. Ciò che in queste leggi pare non essere stato adeguatamente tematizzato è il carattere pervasivo del conflitto tra autoritarismo medico ed autonomia della gestante. Il legislatore cioè sanzionando solo le azioni o le omissioni da parte del personale medico e dislocando il principio di autodeterminazione della partorienti ha fatto una scelta precisa: sanzionare questa forma di violenza non necessariamente salvaguardando i diritti delle donne partorienti (H. Laako, 2017). Scelta che potrebbe aver influito poi sulla applicazione concreta di queste leggi. In Argentina, le corti di giustizia chiamate a decidere in merito ai ricorsi presentati dalle donne nei confronti del personale sanitario hanno inteso inquadrare i casi di abuso subiti dalle donne partorienti come casi di *malpractice* anziché di violenza ostetrica come pure ci si sarebbe aspettati in presenza di una legge organica in materia (C. H. Vacaflor, 2016). Situazione analoga è stata documentata in Messico (F. Diaz-Tello, 2016)¹⁹. La questione si sposta così su un altro terreno e riguarda il contesto socio-culturale in cui si è venuta collocando la battaglia per il diritto all’autodeterminazione sulla salute riproduttiva delle donne e quale influenza ha avuto tale contesto nella promulgazione e nella applicazione concreta di queste leggi. Ma su questa fondamentale questione il nostro studio si arresta: il problema si presenta troppo complesso per potersi affrontare compiutamente in questa sede. Non di meno, l’interesse di questa vicenda sta nel fatto che se si guarda alla stessa con attenzione appare evidente la profonda contraddizione, invero sempre presente e mai del tutto sopita, che sussiste tra regole e vita (S. Rodotà, 2009) allorché la consapevolezza sociale non è adeguata alla complessità del fenomeno regolamentato. Contraddizione che restituisce la principale difficoltà della

¹⁹ Atteggiamento analogo è seguito da diverse Corti americane che inquadrano “*as either a medical error or an interpersonal conflict similar...*” gli abusi subiti dalle donne in sala parto (F. Diaz-Tello, 2016, 60).

questione che stiamo affrontando in questo studio: come garantire che il diritto all'autodeterminazione divenga effettivo per le donne.

4. Verso un parto a misura di donna?

Nel 2018, l'Organizzazione mondiale della sanità tornava a porre in questione il problema della migliore assistenza al parto all'interno delle strutture ospedaliere, insistendo, ancora una volta, su due aspetti fondamentali. Innanzitutto, l'OMS invitava gli Stati a garantire l'appropriatezza degli interventi medici durante il travaglio e il parto attraverso la riduzione degli stessi ai casi comprovati di necessità. In secondo luogo, insisteva affinché fossero garantiti alcuni diritti fondamentali delle donne partorienti che possono sintetizzarsi nel diritto a ricevere chiare e comprensibili informazioni, nel diritto ad essere coinvolte nelle scelte di cura necessarie all'espletamento del travaglio e del parto e nel diritto a vedere rispettate le proprie decisioni e le proprie esigenze (WHO, 2018). Come è evidente, il percorso portato avanti dall'OMS nel corso degli anni struttura progressivamente un approccio al parto meno interventista e maggiormente incline a valorizzare il diritto alla libertà di scelta della donna. Percorso pienamente in linea con i principi generali del nostro ordinamento giuridico, i quali, all'interno della relazione medica – relazione sempre dialettica, asimmetrica e di potere (V. Marzocco, 2012) – tra l'autorità del medico e la libertà del malato, riconoscono che sia quest'ultima a dover prevalere²⁰. Principi che impongono di tenere in considerazione anche quei casi, sebbene statisticamente minoritari²¹, in cui il diritto all'autodeterminazione della donna possa confliggere col principio di opportunità dell'atto medico. Ossia tutti quei casi in cui la donna esprima il proprio rifiuto ad un atto medico appropriato o, viceversa, chieda di accedere ad un parto medicalizzato anche in presenza di situazioni fisiologiche e non complicate. Sennonché, mentre il primo caso – quello in cui la donna intende rifiutare un atto medico appropriato e necessario – rientra a piano titolo nell'ambito del generale diritto del paziente di rifiutare un trattamento sanitario, il secondo caso – quello in cui la donna esprime la volontà di accedere al parto chirurgico, anche in presenza di situazioni fisiologiche e non complicate – presenta alcune criticità. Qui l'intreccio tra legittimità ed opportunità della pratica medica si fa particolarmente stringente. Paradigmatico è il caso del taglio cesareo. Secondo i dati dell'OMS, questo tipo di

²⁰ Cfr. Corte costituzionale 438/08.

²¹ Ricerche dell'ISS attestano che sia le donne che hanno partorito spontaneamente (90%), sia quelle che hanno avuto il taglio cesareo (70%), potendo scegliere, preferiscono il parto vaginale al parto chirurgico (S. Donati *et al.*, 2003).

intervento costituisce una pratica salvavita per madre e neonato solo in una ristretta percentuale di casi che, secondo le evidenze scientifiche disponibili, non dovrebbe superare il 10-15% dei parto totali. Oltre questa percentuale, non solo non vi sono evidenze del fatto che il ricorso al TC riduca la mortalità materno-infantile, ma è dimostrato anche che tale pratica può rivelarsi potenzialmente pericolosa per la madre (F. Senatore, 2012) e priva di sostanziali benefici per il neonato (ISS 19, 2010-2014, 19)²². Ciò nondimeno, secondo la linea di pensiero che tende a valorizzare la libera autodeterminazione della donna, tale pratica dovrebbe poter essere effettuata, anche in assenza di specifiche indicazioni sanitarie, su richiesta della partoriente purché siano state conferite alla gestante tutte le informazioni mediche relative ai rischi che l'accesso a tale pratica comporta²³. In definitiva, sarebbe il consenso della donna a rendere la pratica legittima quand'anche inopportuna. Nell'ambito della medesima riflessione, emerge poi l'esigenza di comprendere se il medico possa *legittimamente* rifiutare di praticare un cesareo su richiesta della partoriente. Se in Italia le linee guida sul taglio cesareo accordano al medico la possibilità di rifiutare di acconsentire alle richieste della donna partoriente (ISS, 2010-2014, 19), diversi studi internazionali registrano che l'accoglimento di questo genere di richieste presenta una certa variabilità sia in base al contesto culturale sia in base al contesto organizzativo in cui i sanitari operano. I dati disponibili documentano che i medici sono più inclini ad accogliere le richieste della partoriente o per ragioni difensive (spinti dal timore dei rischi associati al parto vaginale) o sulla base della storia clinica pregressa della donna²⁴ e che nei Paesi di area anglosassone, dove il principio del consenso all'atto medico ha una lunga tradizione, vi è una maggiore propensione ad accogliere le richieste delle donne di essere sottoposte al taglio cesareo. In Italia la percentuale di accettazione si aggira intorno al 55%²⁵. Ma prima di avviare una riflessione sulla legittimità del rifiuto da parte del medico di accogliere le richieste della donna di accedere al parto chirurgico, sarebbe forse più interessante domandarsi se la volontà

²² Non meno rilevanti appaiono poi i maggiori costi, economici ed organizzativi, a carico del SSN dovuti all'intervento chirurgico (M. Grandolfo, 2012). A tale proposito, l'inchiesta Balduzzi (2013) ha documentato che il ricorso inappropriato alla pratica del TC produce per l'erario un danno di ottanta milioni di euro.

²³ Le linee guida nazionali sul taglio cesareo raccomandano che a tutte le donne vengano offerte informazioni, basate su prove scientifiche, sui potenziali rischi e benefici associati al TC per la salute di madre e bambino sulle modalità di espletamento dell'intervento chirurgico (comprese le diverse tecniche anestesiologiche utilizzate), sulle implicazioni per future gravidanze e sulle indicazioni assolute e relative al TC (ISS, 2010-2014, 19).

²⁴ I dati sono riportati in ISS (2010-2014, 19).

²⁵ Il dato è documentato in ISS (2010-2014, 19).

espressa dalla donna di sottoporsi ad accertamenti e trattamenti sanitari, al limite anche ad un cesareo, pur in assenza di una comprovata necessità medica, si riveli effettivamente autonoma e consapevole o se la stessa non sia piuttosto l'esito di quel *set* di significati culturali e pressioni sociali che circondano l'evento nascita. È doveroso domandarsi cioè quale senso e quale portata assuma il consenso agli atti medici espresso dalla donna senza che la stessa si sia liberata da quell'immagine di donna impaurita e non competente che l'attuale modello di parto ha contribuito a creare (V. Bergeron, 2007; R. Kukla, 2009). È documentato, infatti, che le scelte delle donne di essere sottoposte al TC siano tendenzialmente orientate dal timore di affrontare il travaglio e/o il parto (SNLG-ISS 19, 2010-2014). Timore del tutto ingiustificato alla luce dei dati dell'OMS che attestano l'intervento chirurgico come più rischioso per la salute delle donne rispetto al parto vaginale. Timore certamente comprensibile, però, alla luce della riflessione sviluppata lungo il percorso argomentativo fin qui condotto.

5. Conclusioni

La presa di coscienza critica riguardo alla violenza insita nella narrativa di parto oggi maggiormente diffusa nelle strutture sanitarie italiane, costituisce certamente un importante passo in avanti verso la prevenzione e l'eliminazione della violenza ostetrica. Un passo importante ma non certo sufficiente senza un vero e proprio piano nazionale di prevenzione attiva del fenomeno che passi attraverso almeno tre necessari interventi: demedicalizzazione dell'evento nascita, formazione dei professionisti sanitari e implementazione del livello di consapevolezza delle donne rispetto alle proprie competenze e ai propri diritti. Se, come si è cercato di argomentare in questo studio, la violenza ostetrica è una forma di violenza al crocevia tra la violenza istituzionale e la violenza di genere, allora diviene fondamentale agire sia per garantire il diritto all'integrità psico-fisica delle donne sia per assicurare il rispetto dei diritti e delle libertà fondamentali delle stesse in materia di salute riproduttiva. In questa prospettiva, dovrebbe essere sufficientemente chiaro che il problema del parto medicalizzato non è solo un problema di numeri o di percentuali da ridurre per porsi in linea con le raccomandazioni nazionali ed internazionali. Il problema del parto medicalizzato è essenzialmente un problema di cultura dell'appropriatezza e di ridisegno delle pratiche ostetriche nell'ottica del rispetto della libertà e della dignità della gestante. Rispetto che passa anche attraverso il riconoscimento della forza e della capacità delle donne di partorire. In questo quadro, assume particolare rilievo il coinvolgimento della donna in tutte le scelte che riguardano il percorso nascita, attraverso, per esempio, lo sviluppo di piani di travaglio e di parto personalizzati che tengano conto dei desideri delle parto-

rienti. Inoltre, considerato il fenomeno della medicalizzazione del parto entro la dimensione della violenza di genere, appare chiaramente evidente che la prevenzione di questa forma di violenza esercitata, seppur inconsapevolmente, verso le gestanti debba passare necessariamente attraverso un cambio di prospettiva culturale radicale nell'approccio al parto e alla salute riproduttive delle donne. Per questa ragione si rivelano quanto mai necessari percorsi di formazione per gli operatori sanitari. Percorsi intesi a veicolare non solo la conoscenza delle pratiche *evidence based* ma anche la conoscenza degli stereotipi di genere che condizionano l'assistenza alla nascita e del modo in cui questi stereotipi possono essere superati. Infine, nel segno di una nuova dimensione di parto *a misura di donna*, appare necessario favorire lo sviluppo delle competenze femminili implementando, nei corsi di preparazione al parto, il livello di consapevolezza delle donne rispetto al proprio corpo e alla propria maternità ma anche rispetto ai propri diritti nel percorso nascita.

Riferimenti bibliografici

- BASILI Fulvio *et al.*, a cura di (2015), *Certificato di Assistenza al Parto (CeDAP). Analisi dell'evento nascita*, in http://www.salastampa.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2585_allegato.pdf.
- BERGERON Veronique (2007), *The ethics of Cesarean section on maternal request: A feminist critique of the American college of obstetricians and gynecologists'position on patient-choice surgery*, in "Bioethics", 21, 9, pp. 478-87.
- BOTTI Caterina (2014), *Prospettive femministe. Morale, bioetica e vita quotidiana*, Mimesis, Milano-Udine.
- DIAZ-TELLO Farah (2016), *Invisible wounds: Obstetric violence in the United States*, in "Reproductive Health Matters", 24, 47, pp. 56-64.
- DONATI Serena *et al.* (2003), *Do Italian mothers prefer cesarean delivery?*, in "Birth – Issue in Perinatal Care", 30, 2, pp. 89-93.
- DOXA-OVO (2017), *Le donne e il parto*, in https://ovoitalia.wordpress.com/indagine_doxa-ovoitalia/.
- DUDEN Barbara (1994), *Il corpo della donna come luogo pubblico. Sull'abuso del concetto di vita*, Bollati Boringhieri, Torino.
- FOUCAULT Michel (1976), *La volonté de savoir*, Gallimard, Paris (trad. it. *La volontà di sapere. Storia della sessualità*. Vol.1, Feltrinelli, Milano 2004).
- GALIMBERTI Umberto (2009), *I miti del nostro tempo*, Feltrinelli, Milano.
- Integral law for the sanction, Prevention and eradication of violence against women*, in "Argentina Official Statute Bulletin", 31632.
- GRANDOLFO Michele (2012), *Percorso nascita e corsi di accompagnamento alla nascita: basi conoscitive, progettazione operativa, implementazione e valutazione delle attività*, in *Rapporto Istisan 12/39 Percorso nascita: promozione e valutazione della qualità di modelli operative. Le indagini del 2008-2009 e del 2010-2011 ISS*, in http://old.iss.it/binary/publ/cont/12_39_web.pdf.

- IRIGARAY Luce (2010), *Speculum. L'altra donna*, Feltrinelli, Milano.
- ISS (2010-2014), *Taglio cesareo: una scelta appropriata e consapevole. Linea guida 19*, in http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1330_allegato.pdf.
- ISS (2011), *Linee guida. Gravidanza fisiologica*, in http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1436_allegato.pdf.
- ISS (2012), *Percorso nascita: promozione e valutazione della qualità di modelli operative. Le indagini del 2008-2009 e del 2010-2011*, in <http://old.iss.it/publ/index.php?lang=1&id=2646&tipo=5>.
- ISS (2012-2016), *Taglio cesareo: una scelta appropriata e consapevole-parte seconda. Linea guida 22*, in <http://www.snlgiss>.
- ISTITUTO NAZIONALE DI STATISTICA (2104), *Gravidanza, parto e allattamento al seno. Anno 2013*, Roma, in <https://www.istat.it/it/files/214/12/gravidanza.pdf?title=G> ravidanza%2C+parto+e+allattamento+al+seno+_*09%2F2014+_Testo+integrale.pdf.
- KUKLA Rebecca (2009), *Finding autonomy in birth*, in "Bioethics", 23, 1, pp. 1-8.
- LAAKO Hanna (2017), *Understanding contested women's rights in development: The Latin American campaign for the humanization of birth and the challenge of midwifery in Mexico*, in "Third World Quarterly", 38, 2, pp. 379-96.
- LEIBOVICI Leonard (2002), *Medicalisation: Peering from inside medicine*, in "BMJ", 324, 7342, p. 866.
- LOMBARDI Lia (2016), *La violenza contro le donne, tra riproduzione e mutamento sociale*, in "Autonomie locali e servizi sociali", 2, pp. 211-34.
- MARZOCCO Valeria (2012), *"Dominium Sui". Il corpo tra proprietà e personalità*, Editoriale Scientifica, Napoli.
- Organic law on the rights of women to a life free from violence*, in "Venezuela Official Statute Bulletin", 38668.
- PITCH Tamar (2006), *La società della prevenzione*, Carocci, Roma.
- RODOTÀ Stefano (2009), *La vita e le regole*, Feltrinelli, Milano.
- SADLER Michelle et al. (2016), *Moving beyond disrespect and abuse: Addressing the structural dimensions of obstetric violence*, in "Reproductive Health Matters", 24, pp. 47-55.
- SENATORE Sabina et al., a cura di (2012), *Studio delle cause di mortalità e morbosità materna e messa a punto di modelli di sorveglianza della mortalità materna*, ISS, Roma, (Rapporti Istisan, 12/6).
- SKOKO Elena, BATTISTI Alessandra, a cura di (2016), *#bastatacere Report. Campagna mediatica sulla violenza ostetrica*, 4-9 aprile 2016, in https://www.academia.edu/26325603_bastatacere_REPORT.
- VACAFLORE Carlos Herrera (2016), *Obstetric violence: A new framework for identifying challenges to maternal healthcare in Argentina*, in "Reproductive Health Matters", 24, pp. 65-73.
- VUILLE Marilène (2010), *Demedicalizzare la nascita? Considerazioni storico sociali su un'espressione polisemica*, in "Antropologia", 12, pp. 61-82.
- WHO (2014), *The prevention and elimination of disrespect and abuse during facility-based childbirth*, Geneva, in http://www.who.int/reproductivehealth/topics/maternal_perinatal/statements-childbirth/en/.
- WHO (2018), *Intrapartum care for a positive childbirth experience*, in <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/en/>.