

Introduzione

Negli ultimi decenni è diventata sempre più forte la preoccupazione, a livello mondiale, relativa all'abuso, alla mancanza di rispetto o alla violenza che le istituzioni sanitarie esercitano nei riguardi delle donne al momento del parto, a tal punto che nel 2014 l'Organizzazione Mondiale della Sanità in un documento intitolato *La Prevenzione ed eliminazione dell'abuso e della mancanza di rispetto durante l'assistenza al parto presso le strutture ospedaliere* ha dichiarato:

Ogni donna ha il diritto al migliore standard di salute possibile, che include il diritto all'assistenza dignitosa e rispettosa durante la gravidanza e il parto, così come il diritto ad essere libera dalla violenza e dalla discriminazione. Abuso, negligenza o mancanza di rispetto durante il parto possono condurre alla violazione dei fondamentali diritti umani della donna, come descritto nelle norme e nei principi dei diritti umani adottati internazionalmente.

Nel 2006 è emerso in Spagna un movimento che esigeva cambiamenti nell'assistenza sanitaria al parto; il Rapporto del Difensore civico si è fatto portavoce della richiesta di un numero significativo di persone che chiedeva dei miglioramenti nei modelli di assistenza al processo del parto. Nel suo rapporto annuale consigliava di avviare un protocollo per l'assistenza ai parti naturali non medicalizzati di cui potessero avvalersi le donne/coppie che volessero. Su questa stessa linea di lavoro, l'Osservatorio sulla salute della donna, del Ministero della Salute e del Consumo (2008), nella seconda edizione del Forum *Donne, salute e genere* ha trattato il tema dell'assistenza alla nascita, e nella terza ha analizzato gli indicatori sanitari relativi alla gravidanza, al parto e al puerperio.

Tuttavia, pur essendo questa una preoccupazione ampiamente condivisa da organismi, ricercatori e studiosi di diversa indole, non esiste unanimità sulla terminologia adeguata per dare nome a tale situazione di mancanza di assistenza sanitaria adeguata, soddisfacente e rispettosa della dignità delle donne durante il parto.

Dibattito sulla terminologia e approccio al concetto

Il linguaggio, attraverso simboli e significati, arriva a trasformare la coscienza umana provocando nuove forme di pensiero e, di conseguenza, cambiamenti nell'immaginario sociale; riteniamo dunque importante approfondire il significato dei diversi termini usati per definire la situazione, sviluppando al tempo stesso un approccio al concetto.

Bohren *et al.* (2015) sostengono che *mistreatment* sia un termine più inclusivo rispetto a *obstetric violence*, *dehumanized care* o *disrespect and abuse*, dal momento che include in maggior misura le esperienze delle donne e dei professionisti sanitari; sia le esperienze attive (dove esiste, per esempio, abuso intenzionale) sia quelle che si producono in modo passivo (ad esempio, negligenze assistenziali, talvolta dovute a carenze strutturali), nonché quelle provocate da comportamenti individuali (abusi verbali) o dalle condizioni delle strutture sanitarie (mancanza di letti, mancanza di condizioni necessarie per il rispetto dell'intimità...).

³³ La ricerca che ha dato origine a questo lavoro fa parte del progetto di ricerca PGC2018-094463-B-100, finanziato dal Ministero spagnolo della Scienza, dell'Innovazione e dell'Università. Una versione precedente di questo lavoro è stata pubblicata in spagnolo sulla rivista *MUSAS: Revista de Investigación en Mujer, Salud y Sociedad*, <https://www.raco.cat/index.php/MUSAS/article/view/359978>. Testo tradotto dai Servicios Lingüísticos della Universidad de Barcelona, che l'autrice ringrazia.

Anche l'Organizzazione Mondiale della Sanità (2014) usa il termine *mistreatment* e raccomanda di sviluppare gli strumenti adeguati per misurarlo e valutarlo; tuttavia, Jewkes e Penn_Kekana (2015) affermano che le definizioni che gli autori danno di questi concetti possono essere troppo ampie per l'operazionalizzazione e consigliano lo sviluppo di una tipologia del maltrattamento che beneficerebbe di una focalizzazione più specifica sull'uso intenzionale della violenza e sulle carenze strutturali che equivalgono a violenza.

A loro volta, Lukasse *et al.* (2015) usano il termine *abuse* includendo nel concetto «negligenze, abuso verbale, fisico e a volte anche sessuale». Per l'uso di questo termine si basano sulla definizione data da Bruggemann *et al.* (2012), che definiscono l'«abuso nell'assistenza sanitaria» come:

Esperienza soggettiva dei pazienti nel loro venire a contatto con il sistema sanitario, caratterizzato da situazioni prive di attenzione, in cui i pazienti soffrono e sentono di perdere il proprio valore come esseri umani.

Questi autori considerano l'esperienza dell'abuso una componente soggettiva legata alle aspettative dei pazienti; essi ritengono che le donne, durante tutto il processo del parto, occupino il ruolo di pazienti nel sistema sanitario, pur riconoscendo che possono essere più vulnerabili a questa percezione di abuso o maltrattamento date le loro alte aspettative. Affermano che le donne, dopo queste esperienze negative, possono manifestare sintomi di stress post-traumatico quali disturbi del sonno, stress e scarsa percezione del proprio stato di salute.

È nel contesto dell'America Latina e dei Caraibi che nascono i termini “violenza ostetrica”, “cure disumanizzanti” o “discriminazione” e che la violenza ostetrica viene equiparata ad altri tipi di violenza contro le donne. Gli studi si focalizzano per lo più su pratiche cliniche inadeguate e tendenti a considerare gravidanza e parto situazioni patologiche in cui le istituzioni sanitarie assumono il potere, adottando un atteggiamento paternalistico e persino patriarcale nei confronti delle gestanti. Tra le pratiche di violenza ostetrica sono inclusi cesarei o episiotomie non necessari e sterilizzazioni senza consenso.

Alcune delle ricerche correlate al termine “violenza ostetrica” si riferiscono esplicitamente alla violenza strutturale e istituzionale del sistema sanitario che riflette i rapporti di potere e la mancanza di equità legata a questioni di genere presenti nei servizi e nei programmi di salute riproduttiva (Castro 2019; Goer 2010). La considerazione della violenza ostetrica come violenza di genere ha permesso di classificarla negli ordinamenti giuridici di questi paesi. Così in Venezuela la Legge organica sul diritto delle donne a una vita libera dalla violenza (*Gaceta Oficial* n.º 38668, 23 aprile 2007), modificata nel 2014 (art. 15, § 13), definisce la violenza ostetrica con queste parole:

È l'appropriazione del corpo e dei processi riproduttivi della donna da parte del personale sanitario, che si esprime in un trattamento disumanizzante, nell'abuso di medicalizzazione e nella patologizzazione dei processi naturali, portando come conseguenza alla perdita di autonomia e della capacità della donna di decidere liberamente del proprio corpo e della propria sessualità, con effetti negativi sulla sua qualità di vita.

In seguito, anche alcuni Stati del Messico nel 2008 e dell'Argentina nel 2009 (Belly 2013) hanno accolto tale definizione nel proprio quadro giuridico; in Argentina, per esempio, la Legge di protezione integrale per prevenire, sanzionare e sradicare la violenza contro le donne definisce la violenza ostetrica:

Quella esercitata dal personale sanitario sul corpo e sui processi riproduttivi della donna, che si manifesta in un trattamento disumanizzante, nell'abuso di medicalizzazione e nella patologizzazione dei processi naturali.

Anche il Cile e la Costa Rica hanno introdotto parecchia letteratura che utilizza questo termine, sebbene non abbiano ancora legiferato in tal senso. Il Brasile e l'Argentina hanno chiesto nella loro legislazione "L'umanizzazione della nascita".

In uno studio del 2017 Savage e Castro riconoscono che alcuni autori usano indistintamente i vari termini menzionati, ma un'analisi più accurata dell'uso di tali concetti riconosce che il termine "violenza ostetrica" in America Latina si riferisce in genere a discriminazione nei confronti di certi gruppi di donne, in particolare indigene o afrodiscendenti, e all'eccessiva medicalizzazione dei processi fisiologici, evidenziando l'elevato numero di cesarei e di episiotomie non giustificati e sottolineando anche i rapporti asimmetrici di potere che si stabiliscono tra utenti e professionisti (in particolare professionisti della medicina). In tal senso anche Sadler *et al.* (2016) fanno notare che, sebbene i termini *disrespect*, *abuse* e *mistreatment* durante il parto siano usati come sinonimi da molti ricercatori, per Sadler "violenza ostetrica" risulta il più adeguato. Sadler stabilisce un chiaro legame della violenza ostetrica con la violenza di genere. La definizione di "violenza ostetrica", oltre a riconoscere nel fenomeno il trattamento disumanizzante, ne mette fondamentalmente in risalto la dimensione esclusivamente ostetrica, differenziandola dalle situazioni di mancanza di rispetto in altri ambiti sanitari, e ne segnala l'origine nel lungo periodo storico che va dall'espropriazione del sapere femminile da parte della pratica medica nel XVII secolo fino alla nascita della specializzazione medica di ostetricia avvenuta nel XIX secolo (Goberna 2016). Silvia Federici (2010), usando i costrutti teorici offerti da Foucault e portandoli al limite, descrive il modo in cui la donna, durante la transizione dal feudalesimo al capitalismo, è stata pian piano esiliata dal proprio corpo, soprattutto per quanto riguarda la sessualità e la riproduzione. Belly (2013) situa l'esperienza della maternità nello spazio di dominio della biopolitica, affermando che "La negazione del giovamento di pratiche e saperi tradizionali relativi al parto fa degli operatori sanitari gli unici autorizzati a intervenire sul corpo delle donne". Sadler, a sua volta, mette in luce la componente strutturale della violenza ostetrica e la distingue da altre forme di violenza che hanno luogo in ambito ospedaliero, evidenziandola come questione femminista, come un caso di violenza di genere; dal momento che le donne al momento del parto sono comunque persone sane e che la gravidanza e il parto non sono malattie, ma dovrebbero piuttosto essere concettualizzate come eventi sessuali. Così, secondo questi autori, la violenza ostetrica può essere interpretata come uno stupro.

Uno dei motivi per cui il termine "violenza ostetrica" non è maggiormente diffuso è che gli operatori sanitari oppongono resistenza all'uso del concetto di "violenza", che è contrario al loro *ethos*. Come spiegano Diniz e Oliveira (1998), questo ha fatto sì che la Rete per l'umanizzazione del parto e della nascita in Brasile decidesse di non parlare apertamente di violenza negli anni Novanta del secolo scorso, favorendo espressioni quali "umanizzare il parto". Ciò nonostante, gli stessi organizzatori che hanno coniato i termini "umanizzazione del parto" e "umanizzazione della nascita" riconoscono che i significativi cambiamenti sociali avvenuti da allora hanno fatto sì che il dibattito sorto con il loro uso abbia cominciato a essere concettualizzato come una questione di violenza di genere e di diritti umani.

Le strutture di potere incorporate e riprodotte nella biomedicina costruiscono un curriculum latente nella formazione dei professionisti sanitari che favorisce la loro socializzazione mediante l'accettazione delle norme, della disciplina aziendale e della punizione, mentre gli aspetti emotivi e le dimensioni dell'assistenza vengono trascurati (Goberna e Boladeras 2018). Anche le condizioni di lavoro di molti operatori sanitari devono essere messe in evidenza come forme di mancanza di rispetto e abuso. L'uso del concetto di violenza ostetrica contribuisce alla visibilità di questa

violenza istituzionale ed evita di «incolpare i lavoratori sanitari come gruppo, quando si tratta del risultato di una situazione strutturale di cui sono vittime anche i professionisti» (Jewkes e Penn-Kekana 2015). L'evidenza scientifica mostra che il personale sanitario esposto alla violenza che si esercita in sala parto può subire stress traumatico o stanchezza da compassione, intesa come esposizione traumatica secondaria a fattori di stress all'interno della propria organizzazione simili a quelli subiti dalle stesse gestanti (Olza Fernández 2014).

In tal senso, l'uso del termine “violenza ostetrica” non dovrebbe essere concettualizzato come un attacco agli operatori sanitari, ma piuttosto come un modo di evidenziare le condizioni di violenza e stress a cui gli stessi operatori sanitari sono esposti durante la loro formazione e nel corso della loro esperienza professionale.

Sia l'Assemblea generale delle Nazioni Unite (2019) che l'Assemblea parlamentare del Consiglio d'Europa (2019) hanno recentemente pubblicato un rapporto in cui si riconosce esplicitamente l'esistenza di violenza ostetrica nei confronti delle donne nei servizi di salute riproduttiva e in cui si analizzano le cause di tale fenomeno e le problematiche strutturali da affrontare per eliminare queste forme di maltrattamento.

Potremmo concludere che l'inclusione e la normalizzazione del termine nel nostro vocabolario e il riconoscimento della violenza ostetrica come forma di violenza di genere ci consente di cominciare a evidenziare le diverse forme di mancanza di rispetto e di situazioni violente nei confronti delle donne e quindi di avviare un percorso verso la loro risoluzione. Tuttavia, nonostante quanto detto finora, l'attuale pandemia di Covid-19 ha reso evidente che i diritti delle donne nella cura della salute riproduttiva continuano a essere trascurati. Come tutti sappiamo, alla fine del 2019 è comparsa nel mondo la minaccia del Coronavirus che ha creato una nuova situazione in cui l'assistenza sanitaria ha subito profondi cambiamenti e che tiene tuttora il pianeta in stato di allarme. In questo momento, nei nostri paesi, il sistema sanitario si è dovuto adattare con urgenza ad assistere gravidanze e parti all'interno di strutture sanitarie sovraccariche per la cura dei malati di Covid-19, malattia che ha portato a trascurare la cura di altre patologie, le quali non hanno ricevuto momentaneamente attenzione se non si presentavano in forma grave: gli interventi chirurgici non urgenti sono stati sospesi e le visite ambulatoriali non essenziali annullate, ma ovviamente si è continuato a seguire i parti, con un adeguamento delle sale parto per l'assistenza sia alle donne contagiate da Covid-19 sia a quelle non contagiate.

In queste circostanze, non tutti i paesi sono stati colpiti allo stesso modo, né tutti hanno risposto in maniera simile per quanto riguarda l'assistenza alle donne durante il parto. Alcuni paesi hanno sviluppato strategie diverse per prendersi cura della gravidanza e della nascita; così, nei paesi in cui l'assistenza al parto in casa non è eccezionale, tale richiesta è aumentata, mentre in altri sono stati adattati degli alberghi per la normale assistenza alla nascita.

In Spagna, in particolare in Catalogna, c'è stata una centralizzazione dell'assistenza al parto: alcuni ospedali hanno chiuso le sale parto e le ostetriche che vi lavoravano, avendo il diploma di infermiera, indispensabile per essere ostetriche, sono state assegnate a reparti dedicati alla cura di pazienti Covid-19, mentre altri centri sanitari hanno concentrato un maggior numero di parti in sale più o meno isolate dal resto dell'ospedale dedicato alla cura della pandemia.

In Spagna in generale e in Catalogna in particolare, il parto in casa è un'eccezione e non è finanziato dal sistema sanitario. Sebbene negli ultimi mesi la sua richiesta sia leggermente aumentata, l'assistenza al parto si svolge ancora, per lo più, all'interno di strutture ospedaliere in cui vengono curati pazienti di ogni genere e che sono ancora oggi principalmente dedicate alla cura dei pazienti Covid-19.

Il 4 maggio 2020 l'International Confederation of Midwives ha pubblicato un documento con cui vuole evidenziare alle autorità sanitarie mondiali la mancanza di attenzione verso i diritti delle donne in questioni quali l'assistenza al parto, nonché l'abbandono in cui, di fronte a questa

situazione di stress sanitario, sono stati lasciati ostetriche e altri operatori sanitari che assistono alle nascite.

La presenza del virus della Covid-19 costituisce un fattore fondamentale di vulnerabilità che attraversa e dà un nuovo senso alla questione della violenza ostetrica. In questo momento è necessario che ci poniamo alcune domande: possiamo continuare a prenderci cura del normale processo di gravidanza e parto nelle strutture sanitarie convenzionali? Dobbiamo continuare a istituzionalizzare l'assistenza al parto all'interno di ospedali generali in cui le donne devono partorire con la mascherina? Questi ospedali sono ancora ambienti sicuri per l'assistenza alla nascita?

In conclusione

Il concetto di “violenza ostetrica” inteso come questione politica di rapporti di potere che cercano l'obbedienza e la sottomissione del corpo femminile ci permette di renderci conto che l'esperienza della maternità costituisce uno degli spazi di dominio della biopolitica, dove i professionisti sanitari sono le uniche persone autorizzate a intervenire sul corpo delle donne, allontanandole dal ruolo di protagoniste della propria gravidanza e del parto.

Pronunciare ad alta voce il termine “violenza ostetrica” ha permesso di situare il problema dell'abuso e della mancanza di rispetto nell'assistenza al parto nell'agenda politica pubblica e in quella femminista, evitando di focalizzare il dibattito solo ed esclusivamente sulle negligenze individuali, che hanno il potenziale per generare ostilità improduttiva nel dibattito sulla mancanza di rispetto e sull'abuso durante il parto, soprattutto tra gli operatori sanitari.

Perché gli operatori sanitari accettino l'uso del termine “violenza ostetrica” è importante che riconoscano che la biomedicina e le pratiche mediche e sanitarie si sviluppano in un ambiente sociale e in un sistema culturale in cui si è via via costruito un tessuto storico complesso, con un insieme coerente di credenze, regole e pratiche interne che rispondono e riproducono le ideologie di genere nelle professioni sanitarie.

L'attuale pandemia di Covid-19 ha generato un forte stress nel sistema sanitario, e nelle nostre strutture ospedaliere l'assistenza alle donne durante il parto è stata vista come una cosa secondaria, a cui è stata prestata poca attenzione. In alcuni periodi è stato impedito all'altro membro della coppia di entrare in sala parto, per cui nei giorni più duri della pandemia alcune donne hanno dovuto partorire da sole in un ambiente ospedaliero ostile e minaccioso.

La pandemia di Covid-19 mette in dubbio il fatto che gli ospedali siano ancora un ambiente sicuro per partorire, e quindi il dibattito sulla violenza ostetrica non può essere separato da quello sulla sicurezza degli ospedali come luoghi in cui avviene la nascita.

È senz'altro necessaria un'analisi più ampia, focalizzata sulle dimensioni culturali e sociali in cui radica il fenomeno della violenza ostetrica, e dobbiamo essere vigili affinché l'attuale situazione sanitaria mondiale non trascuri i diritti delle donne di fronte alla situazione di stress in cui si trovano in questo momento i sistemi sanitari.

Riferimenti bibliografici

Asamblea General Naciones Unidas. Secretario General. *Informe de la Relatora Especial sobre la violencia contra la mujer. Enfoque basado en los derechos humanos del maltrato y la violencia contra la mujer en los servicios de salud reproductiva, con especial hincapié en la atención del parto y la violencia obstétrica*. 11.7.2019.

Belli, L. La violencia obstétrica: otra forma de violación a los derechos humanos, in *Revista Redbioética/UNESCO*. 2013, vol. 1, n. 7, pp. 25-34.

Bohren, M. A., et al. The mistreatment of women during childbirth in health facilities globally: a mixed-methods systematic review. In: *PLoS Med*. 2015, vol. 12, n. 6, pp. 32.

- Brüggemann, A. J.; Wijma, B.; Swahnberg, K. Abuse in health care: a concept analysis. In: *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2012, vol. 26, pp. 123-132.
- Castro, A. Witnessing Obstetric Violence during Fieldwork: Notes from Latin America. In: *Health and Human Rights Journal*. 2019. Disponibili in www.hhrjournal.org/2019/06/witnessing-obstetric-violence-during-fieldwork-notes-from-latin-america/.
- Council of Europe. Parliamentary Assembly. Obstetrical and gynaecological violence. Test adopted by the Assembly on 3 October 2019. Disponibili in: <http://assembly.coe.int/nw/xml/XRef/Xref-XML2HTML-EN.asp?fileid=28236&lang=en>.
- Defensor Del Pueblo España. Informe anual 2006. Madrid: Oficina del Defensor del Pueblo, 2007.
- Diniz, S. G.; D'Oliveira, A. F. Gender violence and reproductive health. In *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. 1998, vol. 63 Suppl. 1, pp. 33-42.
- Federici, S. Calibán y la bruja. Mujeres, cuerpo y acumulación originaria. Madrid: Traficantes de Sueños, 2010.
- Goberna-Tricas, J. El nacimiento de la burguesía y la pérdida de poder de las matronas. En: Boladeras Cucurella, Margarita; Goberna Tricas, Josefina (eds.). *Bioética de la maternidad*. Barcelona: Universidad de Barcelona, 2016, pp. 41-53.
- Goberna-Tricas, J.; Boladeras, M. Análisis del concepto de violencia obstétrica desde las perspectivas legal, médica, filosófica, sociopolítica y pedagógica. En: Goberna-Tricas, J.; Boladeras, M. (eds.). *El concepto violencia obstétrica y el debate actual en atención al nacimiento*. Madrid: Tecnos, 2018, pp. 39-68.
- Goer, H. Cruelty in maternity wards: Fifty years later. In: *Journal of Perinatal Education*. 2010, vol. 19, n. 3, pp. 33-42.
- International Confederation Of Midwives. Protecting Midwives to Sustain Care for Women, Newborns + their Families in the COVID-19 Pandemic, 2020. Disponibili in: <https://www.internationalmidwives.org/icm-news/joint-call-to-action-protecting-midwives-to-sustain-care-for-women,-newborns-their-families-in-the-covid-19-pandemic.html>.
- Jewkes, R; Penn-Kekana, L. Mistreatment of Women in Childbirth: Time for Action on This Important Dimension of Violence against Women. In *PLoS Med*. 2015, vol. 12, núm. 6.
- Gobierno De Venezuela. Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia de Venezuela. Artículo 15, párrafo 13. Venezuela: 2017. Disponibili in: www.bdigital.unal.edu.co/48830/1/leyorganicasobreelderecho.pdf.
- Lukasse M., et al. Prevalence of experienced abuse in healthcare and associated obstetric characteristics in six European countries. In: *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2015, vol. 94, pp. 508-517.
- Ministerio De Sanidad Y Política Social. 2010. *Guía de Práctica clínica sobre la atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud*. Vitoria-Gasteiz: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco.
- Observatorio De Salud De La Mujer Y Del Sistema Nacional De Salud. 2007. *Estrategia de Atención al Parto Normal*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Olza Fernández, I. "Estrés postraumático secundario en profesionales de la atención al parto. Aproximación al concepto de violencia obstétrica". In: *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace*. 2014, vol. 111, pp. 79-83
- Organización Mundial De La Salud (OMS). *Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud*. Ginebra: OMS, 2014. Disponible in: www.who.int/reproductivehealth/topics/maternal_perinatal/statement-childbirth/es/ (anche in italiano: Organizzazione Mondiale Della Sanità: *La Prevenzione ed eliminazione dell'abuso e della mancanza di rispetto durante l'assistenza al parto presso le strutture ospedaliere*).

- Sadler, M., *et al.* Moving beyond disrespect and abuse: addressing the structural dimensions of obstetric violence. In: *Reproductive Health Matters*. 2016, vol. 24, n. 47, pp. 47-55.
- Savage, V.; Castro, A. Measuring mistreatment of women during childbirth: a review of terminology and methodological approaches. In: *Reprod Health*. 2017, vol. 14, n. 1, p. 138.

