

Maltrattamento e violenza contro le donne durante l'assistenza al parto: una questione fondamentale nell'ambito dei diritti umani

Paola Delbon*

MISTREATMENT AND VIOLENCE AGAINST WOMEN DURING CHILDBIRTH: A HUMAN RIGHTS ISSUE

ABSTRACT: Mistreatment and violence against women during childbirth are not only a quality of care issue but a human rights issue (rights to life, health, bodily integrity, privacy, freedom from discrimination, respect for autonomy). The various forms of this phenomenon can occur at the individual level of the interaction between the woman and the provider as well as the structural level of the health facilities and systems; a definition that captures both these levels can help to adopt all measures to prevent and combat this phenomenon, and to modify laws, regulations and customs.

KEYWORDS: Obstetric violence; human rights; respect for autonomy; informed consent; reproductive health services

ABSTRACT: Maltrattamento e violenza contro le donne durante l'assistenza al parto non sono soltanto questione di qualità dell'assistenza, ma di tutela dei diritti umani (il diritto alla vita, alla salute, all'integrità fisica, alla riservatezza, alla libertà da discriminazione, all'autonomia). Le diverse manifestazioni di questo fenomeno possono essere ricondotte sia a un livello individuale, sia a un livello strutturale e sistemico; una definizione del fenomeno comprensiva di entrambi i livelli può essere utile al fine di individuare le misure atte a modificare leggi, regolamenti e consuetudini e prevenire e contrastare il fenomeno in esame.

PAROLE CHIAVE: violenza ostetrica; diritti umani; rispetto dell'autonomia; consenso informato; servizi di salute riproduttiva

SOMMARIO: 1. Maltrattamento e violenza contro le donne durante l'assistenza al parto: la definizione del fenomeno – 2. Maltrattamento e violenza contro le donne durante l'assistenza al parto: il dibattito in Italia – 3. Conclusioni.

* Ricercatrice, Dipartimento di Specialità Medico-Chirurgiche, Science Radiologiche e Sanità Pubblica, Università degli Studi di Brescia. Mail: paola.delbon@unibs.it. Contributo sottoposto a doppio referaggio anonimo.



1. Maltrattamento e violenza contro le donne durante l'assistenza al parto: la definizione del fenomeno

Il tema della qualità dell'assistenza e della tutela della dignità e dei diritti fondamentali della donna nei servizi di salute riproduttiva e durante il parto è anche in Italia da tempo oggetto di riflessione e di studi volti a verificare le esperienze vissute dalle donne in tale contesto.

Entro tale ambito, crescente è l'attenzione riguardo all'opportunità dell'introduzione di una specifica fattispecie, volta a punire tutte le forme di abuso e mancanza di rispetto nei confronti delle donne durante l'assistenza al parto, nonché riguardo all'approccio più adeguato ad affrontare un fenomeno così complesso e dunque alle più efficaci misure per prevenirne e contrastarne ogni manifestazione. La questione del maltrattamento e della violenza contro le donne durante l'assistenza al parto è stata riconosciuta giuridicamente per la prima volta nel 2007 in Venezuela, nell'ambito della *Léy organica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia*¹. Il concetto di "violenza ostetrica" si è sviluppato proprio in America Latina, «grazie ad un ampio dibattito politico e sociale iniziato alla fine degli anni '90 e che ha condotto alcuni paesi (Venezuela, Argentina, Messico, Uruguay e Brasile) a definire legalmente tale tipo di violenza»². La Legge del Venezuela delinea la violenza ostetrica tra le forme di violenza contro le donne, definendola «*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*» (art. 15.13). La definizione individua le tipologie di abuso nelle quali si sostanzia la violenza ovvero trattamenti disumanizzanti, abuso di medicalizzazione e patologizzazione dei processi naturali, e nel contempo le conseguenze della stessa: la perdita di autonomia e della capacità della donna di decidere liberamente del proprio corpo e della propria sessualità, e un'incidenza negativa sulla qualità di vita³. La legge specifica quindi gli atti che costituiscono violenza ostetrica: non offrire un'assistenza adeguata ed efficace nelle emergenze ostetriche, obbligare la donna alla posizione supina quando sono possibili posizioni alternative, impedire l'unione precoce mamma – bambino/a in assenza di giustificazione medica, alterare il processo naturale di un parto a basso rischio attraverso il ricorso a tecniche di accelerazione o effettuando un parto cesareo laddove sia possibile il parto naturale, senza il consenso espresso, libero e informato della donna. Secondo alcuni autori⁴

«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 auto-

¹ *Léy organica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia*, *Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela*, Caracas, 23 aprile 2007 N° 38.668. <https://bit.ly/3LECMx2> (ultima consultazione 19/08/2021).

² P. QUATTROCCHI, *Violenza ostetrica. Le potenzialità politico-formative di un concetto innovativo*, in *EtnoAntropologia*, 7, 1, 2019, 125-147.

³ A. BATTISTI, *The need to legislate and regulate obstetric violence to ensure women a real legal protection*, in *[Con]Textos: Revista D'Antropologia I Investigacio Social*, 10, 2022, 133-149.

⁴ C. CANNONE, *La violenza in sala parto. Osservazioni a margine di una questione controversa*, in *Studi sulla questione criminale*, XIV, 1-2, 2019, 151-164.

ritarismo 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 donne in merito al percorso nascita».

Negli ultimi decenni il fenomeno del maltrattamento e della violenza contro le donne durante l'assistenza al parto è stato oggetto di esplicito riconoscimento e di crescente attenzione a livello internazionale. La diffusione e la complessità del fenomeno, nelle sue differenti manifestazioni in differenti realtà statali e contesti, richiedono d'altra parte un approccio che non può ridursi all'individuazione di singoli atti espressione di individuali negligenze professionali e non può prescindere dalla considerazione della più ampia dimensione strutturale e socio-culturale del fenomeno, al fine di determinare strumenti e misure adeguate a prevenire e contrastare tali manifestazioni di mancanza di rispetto e abuso, lesive dei diritti fondamentali delle donne.

Nel 2014 l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha emanato una Dichiarazione su "La prevenzione ed eliminazione dell'abuso e della mancanza di rispetto durante l'assistenza al parto presso le strutture ospedaliere"⁵ sottolineando che gli «inquadramenti teorici internazionali relativi ai diritti umani evidenziano che la mancanza di rispetto e l'abuso durante il parto sono una questione fondamentale nell'ambito dei diritti umani» e come tale condotta «non solo viola il diritto delle donne a un'assistenza sanitaria rispettosa, ma può anche minacciare il loro diritto alla vita, alla salute, all'integrità fisica e alla libertà da ogni forma di discriminazione».

Il Consiglio d'Europa⁶, in un *Issue paper* del 2017, ha sottolineato la persistenza in diverse aree d'Europa di una mancata garanzia di adeguati *standard* di cura e rispetto dei diritti, della dignità, e dell'autonomia delle donne nell'assistenza durante il parto e nel contempo come il dovere degli Stati membri di promuovere e tutelare la salute sessuale e riproduttiva e i diritti in tale ambito sia componente strutturale del dovere di rispettare e garantire i diritti delle donne e promuovere l'uguaglianza di genere; nel 2019 è stata quindi approvata una Risoluzione in tema di violenza ostetrica e ginecologica⁷, invitando gli Stati membri alla discussione in ambito legislativo e al dibattito pubblico in materia e incoraggiando le organizzazioni non governative nel loro sforzo di accrescere la consapevolezza nell'opinione pubblica, al fine di prevenire e combattere tutte le forme di violenza contro le donne, inclusa la violenza ostetrica e ginecologica.

Il tema in esame è al centro anche del Rapporto del 2019 all'Assemblea Generale delle Nazioni Unite della Relatrice Speciale sulla violenza contro le donne, le sue cause e le sue conseguenze, in relazione

⁵ ORGANIZZAZIONE MONDIALE DELLA SANITÀ (OMS), *La prevenzione ed eliminazione dell'abuso e della mancanza di rispetto durante l'assistenza al parto presso le strutture ospedaliere*, 2014. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134588/WHO_RHR_14.23_ita.pdf (ultima consultazione 16/08/2021).

⁶ COUNCIL OF EUROPE – COMMISSIONER FOR HUMAN RIGHTS, *Women's sexual and reproductive health and rights in Europe. Issue paper*, dicembre 2017. <https://rm.coe.int/women-s-sexual-and-reproductive-health-and-rights-in-europe-issue-pape/168076dead> (ultima consultazione 16/08/2021).

⁷ COUNCIL OF EUROPE – PARLIAMENTARY ASSEMBLY, *Resolution 2306 (2019), Obstetrical and gynaecological violence*. <http://assembly.coe.int/nw/xml/XRef/Xref-XML2HTML-en.asp?fileid=28236&lang=en> (ultima consultazione 16/08/2021).

all'approccio basato sui diritti umani nell'ambito del maltrattamento e della violenza contro le donne nei servizi di salute riproduttiva con particolare riferimento al parto e alla violenza ostetrica⁸.

Nel Rapporto il maltrattamento e la violenza contro le donne nei servizi di salute riproduttiva e durante il parto sono affrontati come «parte di un insieme di violazioni che vengono realizzate nel contesto più vasto dell'ineguaglianza strutturale, della discriminazione e del patriarcato»; si ribadisce inoltre quanto già affermato dall'OMS ovvero il fatto che tali pratiche oltre a violare il diritto delle donne ad una vita libera dalla violenza, «possono anche minacciare il loro diritto alla vita, alla salute, all'integrità fisica, alla riservatezza, all'autonomia, alla libertà dalla discriminazione».

Dai documenti citati emerge dunque l'importanza di un approccio basato sui diritti umani al fine di prevenire e contrastare il fenomeno in esame⁹; nel contempo la prospettiva "di genere" ovvero la qualificazione come "*gender-related issue*"¹⁰ delle forme di mancanza di rispetto e abuso che le donne possono subire durante l'assistenza al parto, risulta centrale nella definizione della violenza ostetrica.

Le esperienze di abuso e maltrattamento vissute dalle donne durante l'assistenza al parto nelle strutture sanitarie, integrano violazioni di diritti quali il diritto alla salute, alla vita, all'integrità, al rispetto per l'autonomia, all'informazione e al consenso, al rispetto della dignità, alla tutela della riservatezza, alla libertà da ogni forma di violenza e discriminazione, laddove all'origine della violazione può esservi una condotta omissiva, un trattamento inappropriato, sproporzionato, uno specifico comportamento individuale, una carenza strutturale, una prassi o una consuetudine irrispettose dei diritti umani fondamentali. Nella mozione per una Risoluzione in tema di violenza ostetrica e ginecologica, si afferma come l'Assemblea parlamentare del Consiglio d'Europa abbia più volte sottolineato che «*women's sexual and reproductive health is an integral part of women's rights and makes an active contribution to their empowerment*» e che «*any form of violence against women is a violation of human rights*»¹¹.

Nel Rapporto di valutazione sulle misure legislative e di altra natura da adottare in Italia per dare efficacia alle disposizioni della Convenzione del Consiglio d'Europa sulla prevenzione e la lotta contro la violenza nei confronti delle donne e la violenza domestica (Convenzione di Istanbul)¹², elaborato dal Gruppo di esperti/e sulla lotta contro la violenza nei confronti delle donne e la violenza domestica (GREVIO), gli esperti sottolineano proprio il limite di un approccio che si esaurisca nella criminalizza-

⁸ NAZIONI UNITE – ASSEMBLEA GENERALE, *Rapporto della Relatrice Speciale sulla violenza contro le donne, le sue cause e le sue conseguenze in relazione all'approccio basato sui diritti umani nell'ambito del maltrattamento e della violenza contro le donne nei servizi di salute riproduttiva con particolare riferimento al parto e alla violenza ostetrica*, 11 luglio 2019. Traduzione in italiano a cura di A. BATTISTI ed E. SKOKO. https://www.ohchr.org/Documents/Issues/Women/SR/A_74_137_ITALIAN.pdf (ultima consultazione 16/08/2021).

⁹ A. BATTISTI, *op. cit.*

¹⁰ C.N. PURANDARE, R.M.K. ADANU, *The unfinished agenda of women's reproductive health*, in *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 131, 2015, S1-S2.

¹¹ COUNCIL OF EUROPE – PARLIAMENTARY ASSEMBLY, *Obstetrical and gynaecological violence. Motion for a resolution*, Doc. 14495, 26 gennaio 2018. <https://pace.coe.int/en/files/24491/html> (ultima consultazione 08/08/2023)

¹² CONSIGLIO D'EUROPA, *Convenzione sulla prevenzione e la lotta contro la violenza nei confronti delle donne e la violenza domestica*, Istanbul, 11 maggio 2011, ratificata in Italia con Legge 27 giugno 2013, n.77 (G.U. Serie Generale, n. 152 del 01 luglio 2013). <https://rm.coe.int/16806b0686> (ultima consultazione 25/07/2023).

zione degli atti di violenza e nell'affrontare le inadeguatezze delle norme penali, approccio «che tende a considerare la violenza contro le donne unicamente come un problema di legge e sicurezza, piuttosto che come una violazione dei diritti umani delle donne, e che dunque non coglie la dimensione strutturale del fenomeno»¹³.

La Relatrice Speciale, nel citato Rapporto all'Assemblea Generale delle Nazioni Unite, precisa che la definizione di violenza contro le donne, contenuta nella Dichiarazione sull'eliminazione della violenza contro le donne delle Nazioni Unite, è «applicabile a tutte le forme di maltrattamento e violenza contro le donne nei servizi di salute riproduttiva e nel parto»: «ogni atto di violenza fondata sul genere che abbia come risultato, o che possa probabilmente avere come risultato, un danno o una sofferenza fisica, sessuale o psicologica per le donne, incluse le minacce di tali atti, la coercizione o la privazione arbitraria della libertà, che avvenga nella vita pubblica o privata»¹⁴; così, nel Rapporto del Consiglio d'Europa in tema di violenza ostetrica e ginecologica del 2019¹⁵, si sottolinea la correlazione del fenomeno alla sussistenza di una cultura patriarcale nell'ambito sanitario, in particolare nella formazione offerta ai professionisti, e alla persistenza di stereotipi di genere nella società: «*This violence reflects a patriarchal culture that is still dominant in society, including in the medical field. The Assembly reaffirms its commitment to promote gender equality in all areas, which will make it possible to prevent and combat all forms of violence against women, including obstetrical and gynaecological violence*».

La Convenzione di Istanbul, richiamata anche nel Rapporto del Consiglio d'Europa in tema di violenza ostetrica e ginecologica, pur non affrontando specificamente il tema della c.d. violenza ostetrica¹⁶, contiene principi e norme che possono essere un importante riferimento anche in relazione a tali forme di maltrattamento e violenza nei confronti delle donne. La Convenzione definisce anzitutto la «violenza nei confronti delle donne» «una violazione dei diritti umani e una forma di discriminazione contro le donne» e specifica che «l'espressione «violenza contro le donne basata sul genere» designa qualsiasi violenza diretta contro una donna in quanto tale, o che colpisce le donne in modo sproporzionato» (art. 3); prevede l'impegno degli Stati nel prevenire e contrastare ogni forma di violenza contro le donne e tutelarne il diritto di vivere libere dalla violenza, sia nella vita pubblica che privata,

¹³ GRUPPO DI ESPERTI/E SULLA LOTTA CONTRO LA VIOLENZA NEI CONFRONTI DELLE DONNE E LA VIOLENZA DOMESTICA (GREVIO), *Rapporto di Valutazione (di Base) sulle misure legislative e di altra natura da adottare per dare efficacia alle disposizioni della Convenzione del Consiglio d'Europa sulla prevenzione e la lotta contro la violenza nei confronti delle donne e la violenza domestica* (Convenzione di Istanbul), 15 novembre 2019. <https://www.pariopportunita.gov.it/media/2191/primo-rapporto-grevio-sullitalia-2020.pdf> (ultima consultazione 25/07/2023).

¹⁴ NAZIONI UNITE – ASSEMBLEA GENERALE, *Dichiarazione sull'eliminazione della violenza contro le donne* (A/RES 48/104, 20 dicembre 1993), art. 1. https://www.esteri.it/mae/approfondimenti/20090827_allegato2_it.pdf (ultima consultazione 19 agosto 2021).

¹⁵ COUNCIL OF EUROPE – PARLIAMENTARY ASSEMBLY, *Obstetrical and gynaecological violence. Report*, 16 settembre 2019, doc. 14695. <https://assembly.coe.int/nw/xml/xref/xref-xml2html-en.asp?fileid=28108&lang=en> (ultima consultazione 25/07/2023).

¹⁶ La Convenzione, all'art. 39 (*Aborto forzato e sterilizzazione forzata*), richiede alle Parti ad adottare ogni misura necessaria per perseguire penalmente l'intenzionale pratica di un aborto senza il consenso informato della donna e l'intenzionale effettuazione di un intervento chirurgico avente lo scopo e l'effetto di interrompere definitivamente la capacità riproduttiva di una donna senza il suo consenso informato e la sua comprensione della procedura attuata.

ad esempio astenendosi da qualsiasi atto che costituisca violenza nei confronti delle donne e garantendo che il comportamento di ogni soggetto pubblico sia conforme a tale principio, adottando le necessarie misure legislative e di altro tipo necessarie per impedire o combattere ogni forma di violenza. In particolare, la Convenzione prevede obblighi delle Parti sia in relazione alla effettuazione di raccolte dati e ricerche su questioni relative a qualsiasi forma di violenza contro le donne, sia nell'ambito della prevenzione, stabilendo che «le Parti adottano le misure necessarie per promuovere i cambiamenti nei comportamenti socio-culturali delle donne e degli uomini, al fine di eliminare pregiudizi, costumi, tradizioni e qualsiasi altra pratica basata sull'idea dell'inferiorità della donna o su modelli stereotipati dei ruoli delle donne e degli uomini» (art. 12.1) e che tali misure «devono prendere in considerazione e soddisfare i bisogni specifici delle persone in circostanze di particolare vulnerabilità e concentrarsi sui diritti umani di tutte le vittime» (art. 12.3)¹⁷.

Particolare attenzione, nei documenti elaborati dalle autorità sovranazionali così come in dottrina, è dedicata all'individuazione delle possibili specifiche manifestazioni del fenomeno in esame. Così, l'OMS¹⁸ ha riportato le forme di mancanza di rispetto e abuso durante il parto nelle strutture ospedaliere emerse da studi e resoconti sulle esperienze delle donne, tra le quali sono indicate: l'abuso fisico diretto, la profonda umiliazione e l'abuso verbale, procedure mediche coercitive o non acconsentite, la mancanza di riservatezza, la carenza di un consenso realmente informato, il rifiuto di offrire un'adeguata terapia per il dolore, gravi violazioni della *privacy*, il rifiuto di ricezione nelle strutture ospedaliere, la trascuratezza nell'assistenza al parto con complicazioni altrimenti evitabili che mettono in pericolo la vita della donna, la detenzione delle donne e dei loro bambini nelle strutture dopo la nascita, connessa all'impossibilità di pagare.

Anche nel citato Rapporto all'Assemblea Generale delle Nazioni Unite¹⁹ è contenuta una ampia seppur non esaustiva elencazione delle manifestazioni di maltrattamento e di violenza contro le donne nei servizi di salute riproduttiva e durante il parto presso le strutture ospedaliere, identificate attraverso i documenti e i rapporti ricevuti e le fonti consultate dalla Relatrice Speciale: tra queste, la pratica della sinfisiotomia²⁰; la sterilizzazione forzata e l'interruzione di gravidanza forzata; la sottoposizione a restrizioni fisiche durante il travaglio; la detenzione delle donne e dei loro neonati nel puerperio nelle strutture sanitarie poiché impossibilitate a pagare le tariffe ospedaliere; il taglio cesareo effettuato senza indicazione clinica e senza il consenso informato della donna; il ricorso

¹⁷ Nel Rapporto Esplicativo della Convenzione (COUNCIL OF EUROPE, *Explanatory Report to the Council of Europe Convention on preventing and combating violence against women and domestic violence*, Istanbul, 11 maggio 2011. <https://www.coe.int/it/web/conventions/full-list?module=treaty-detail&treatynum=210> (ultima consultazione 25/07/2023), in relazione all'art.12, si specifica che nella categoria delle persone in circostanze di particolare vulnerabilità rientrano le donne in gravidanza e le donne con bambini piccoli.

¹⁸ ORGANIZZAZIONE MONDIALE DELLA SANITÀ (OMS), cit.

¹⁹ NAZIONI UNITE – ASSEMBLEA GENERALE, *Rapporto della Relatrice Speciale sulla violenza contro le donne, le sue cause e le sue conseguenze in relazione all'approccio basato sui diritti umani nell'ambito del maltrattamento e della violenza contro le donne nei servizi di salute riproduttiva con particolare riferimento al parto e alla violenza ostetrica*, cit.

²⁰ Come indicato nel Rapporto, tecnica consistente «nella separazione chirurgica e nell'allargamento delle pelvi per facilitare il parto»

all'episiotomia²¹ non necessaria o senza il consenso informato della donna; l'utilizzo eccessivo di ossitocina per indurre le contrazioni e il travaglio; l'applicazione della pressione manuale sul fondo uterino (manovra di Kristeller) per facilitare il parto durante il periodo espulsivo; la mancata tutela della riservatezza in occasione delle visite vaginali durante il travaglio e il parto²²; il mancato ricorso ad anestesia in alcune prestazioni che la richiederebbero; la mancanza di autonomia e libertà di scelta, ad esempio in ordine alla posizione nel parto; pratiche di umiliazione, abuso verbale e affermazioni sessiste.

Al fine di fornire uno strumento utile a descrivere, comprendere e valutare questo complesso fenomeno, anche in letteratura sono state individuate le possibili principali categorie di tali manifestazioni di mancanza di rispetto e abuso²³. La definizione del fenomeno in esame non può non tener conto della complessità dello stesso, sia in relazione alle molteplici manifestazioni ad esso riconducibili, sia in relazione ai possibili approcci nell'analisi, al fine di individuare le misure indicate a prevenirlo e contrastarlo: specifici comportamenti individuali, carenze strutturali che si traducono in esperienze di mancanza di rispetto e abuso per la donna, non possono non essere analizzati anche in relazione ora alla qualificazione univoca di tali comportamenti come forme di mancanza di rispetto e abuso, ora, in taluni contesti, alla percezione degli stessi, da parte della donna o del personale sanitario, come normali e accettabili. Nella valutazione del fenomeno non si può d'altra parte prescindere dalla collocazione dello stesso anche nell'ambito di una riflessione sugli standard di buona qualità dell'assistenza e sui diritti fondamentali della donna. Tale molteplicità di componenti e approcci è rappresentata nel modello concettuale proposto da Freedman *et al.*, che definiscono il fenomeno della mancanza di rispetto e abuso come «*interactions or facility conditions that local consensus deems to be humiliating or undignified, and those interactions or conditions that are experienced as or intended to be humiliating or undignified*»²⁴.

La molteplicità delle manifestazioni della violenza ostetrica emerge chiaramente da un caso recentemente sottoposto al Comitato ONU sull'eliminazione di tutte le forme di discriminazione contro le

²¹ Come indicato nel Rapporto, tecnica consistente in un «taglio profondo nel perineo della donna fino al muscolo del pavimento pelvico realizzato per aiutare chirurgicamente le donne che partoriscono per via vaginale».

²² Anche la Corte Europea dei Diritti dell'Uomo ha affrontato il tema in esame; in particolare, ad esempio, nel *Caso Kononova v. Russia* ha affermato che il concetto di vita privata comprende anche il diritto di scegliere le circostanze entro le quali diventare genitore e dunque il diritto di scegliere in modo informato e autonomo circa l'eventuale presenza di studenti in occasione del parto. (CORTE EUROPEA DEI DIRITTI DELL'UOMO, *Caso Kononova v. Russia*, n. 37873/04, <http://hudoc.echr.coe.int/eng?i=001-146773> (ultima consultazione 23/08/2021).

²³ Si vedano, ad esempio, D. BOWSER, K. HILL, *Exploring Evidence for Disrespect and Abuse in Facility-Based Childbirth. Report of a Landscape Analysis. USAID-TRAction Project*, Harvard School of Public Health University Research Co., LLC 20 settembre 2010, https://www.ghdonline.org/uploads/Respectful_Care_at_Birth_9-20-101_Final1.pdf (ultima consultazione 26/08/2021) e M.A. BOHREN *ET AL.*, *The mistreatment of women during childbirth in health facilities globally: a mixed-methods systematic review*, in *PLoS Medicine*, 12(6), 2015, e1001847.

²⁴ L.P. FREEDMAN *ET AL.*, *Defining disrespect and abuse of women in childbirth: a research, policy and rights agenda*, in *Bull World Health Organ*, 92, 2014, 915-917.

donne (Comitato CEDAW)²⁵, relativo all'esperienza vissuta da una gestante in Spagna nel 2012. Nel caso di specie, la ricorrente segnalava al Comitato una violazione dei propri diritti ai sensi degli articoli 2, 3, 5 e 12 della Convenzione sull'eliminazione di tutte le forme di discriminazione contro le donne (CEDAW)²⁶: in particolare, la donna, recatasi in ospedale a seguito della rottura prematura delle membrane amniotiche (PROM), segnalava di essere stata sottoposta all'induzione del parto senza necessità clinica – solo 14 ore dopo la PROM, nonostante il protocollo ospedaliero indicasse 24 ore come tempo di attesa prima di procedere con l'induzione –, senza essere stata adeguatamente informata e senza previa acquisizione del suo consenso; l'effettuazione di molteplici ispezioni vaginali; l'esserle stato impedito di alimentarsi; l'infantilizzazione, attraverso le espressioni utilizzate nei suoi confronti; l'esecuzione di un parto cesareo senza necessità clinica da parte di «*students supervised by a tutor*», senza adeguata informazione medica e senza previa acquisizione del suo consenso, con le braccia legate e senza che fosse consentito al marito di essere presente; la separazione dal bambino alla nascita, impedendo il contatto *skin-to-skin*; l'alimentazione del neonato con latte formulato contrariamente alla volontà manifestata di allattare al seno; le conseguenze fisiche e il «*post-partum post-traumatic stress disorder*» derivati dall'esperienza di parto vissuta.

La donna sottolineava quindi come tale esperienza avesse evidenziato la persistenza di stereotipi di genere relativi al mancato riconoscimento in capo alle donne di autonomia decisionale riguardo alla salute sessuale e riproduttiva nonché la violazione dello stesso diritto alla salute sessuale e riproduttiva, a un'assistenza durante la maternità e al parto secondo standard di qualità elevati e senza alcuna forma di discriminazione e violenza, in violazione delle citate norme della Convenzione, volte appunto a garantire, attraverso l'impegno di ogni Stato Parte, un pieno esercizio dei diritti umani delle donne, in condizione di libertà e senza alcuna discriminazione²⁷. Tale atteggiamento era stato riscon-

²⁵ UNITED NATIONS COMMITTEE ON THE ELIMINATION OF DISCRIMINATION AGAINST WOMEN, *Views adopted by the Committee under article 7 (3) of the Optional Protocol, concerning communication No. 149/2019*, 13 July 2022, <https://www.ohchr.org/en/press-releases/2022/07/spain-responsible-obstetric-violence-un-womens-rights-committee-finds> (ultima consultazione 25/11/2022).

²⁶ UNITED NATIONS GENERAL ASSEMBLY, *Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women*, New York, 18 December 1979. <https://bit.ly/3RGmpDR> (ultima consultazione 25/11/2022).

²⁷ *Convenzione dell'Organizzazione delle Nazioni Unite sull'eliminazione di tutte le forme di discriminazione contro le donne*, 1979, https://cidu.esteri.it/resource/2016/09/48434_f_CEDAWmaterialetraduzione2011.pdf (ultima consultazione 04/08/2023):

Art. 2: «Gli Stati Parti condannano la discriminazione contro le donne in tutte le sue forme, convengono di perseguire con ogni mezzo appropriato e senza indugio una politica volta ad eliminare la discriminazione contro le donne e, a tal fine, si impegnano a: [...] b) adottare appropriate misure legislative e di altro tipo, comprese delle sanzioni ove opportuno, che vietino ogni discriminazione contro le donne; c) instaurare una protezione giuridica dei diritti della donna in misura pari all'uomo e assicurare, attraverso i tribunali nazionali competenti ed altre istituzioni pubbliche, l'effettiva protezione delle donne da ogni atto discriminatorio; d) astenersi dal compiere qualsiasi atto o pratica discriminatoria contro le donne e assicurare che le autorità e le istituzioni pubbliche agiscano in conformità a tale obbligo; [...] f) prendere ogni misura appropriata, comprese disposizioni legislative, per modificare o abrogare leggi, regolamenti, consuetudini e pratiche esistenti che costituiscono una discriminazione contro le donne; [...]»; Art. 3: «Gli Stati Parti prendono in tutti i settori, in particolare in quello politico, sociale, economico e culturale, ogni misura appropriata, comprese disposizioni legislative, per assicurare il pieno sviluppo e avanzamento delle donne, con lo scopo di garantire loro l'esercizio e il godimento dei diritti umani e delle libertà fondamentali su una base di parità con gli uomini»; Art. 5: «Gli Stati Parti prendono ogni misura appropriata per: a) modificare i modelli socio-culturali di comportamento

trato dalla donna anche presso le autorità nazionali alle quali aveva presentato ricorso, che non avevano accolto la sua richiesta e avevano ad esempio sottolineato la assoluta autonomia decisionale del medico in relazione alla scelta del parto cesareo, nonché valutato le ripercussioni psicologiche dell'accaduto come riconducibili nell'ambito della mera percezione della donna.

Il Comitato ha ritenuto costituire «*obstetric violence*», nonché violazione dei citati artt. 2, 3, 5 e 12 della Convenzione, quanto accaduto alla ricorrente ed ha formulato alcune raccomandazioni allo Stato spagnolo: in particolare, la corresponsione di un adeguato risarcimento alla donna; in generale, la garanzia di un'assistenza nel rispetto dell'autonomia delle donne nelle scelte relative alla loro salute riproduttiva, e dunque del diritto all'informazione e al consenso ai trattamenti, oltre che la promozione di iniziative di ricerca e di formazione al fine di verificare la consistenza del fenomeno e contrastarlo.

Il Comitato ha inoltre richiamato il dovere degli Stati parti di adottare ogni misura appropriata per modificare o abrogare leggi, regolamenti, consuetudini e pratiche esistenti che costituiscano una discriminazione contro le donne, rilevando come nel caso di specie i ricorsi interni presentati dalla donna abbiano fatto emergere stereotipi di genere e discriminazione anche nell'ambito degli stessi procedimenti.

Recentemente la Spagna ha approvato la *Ley Organica* n. 1 del 2023²⁸, che modifica la *Ley Organica* n. 2 del 2010 in materia di salute sessuale e riproduttiva e di interruzione volontaria di gravidanza. La

degli uomini e delle donne, al fine di conseguire l'eliminazione dei pregiudizi e delle pratiche consuetudinarie o di ogni altro genere che sono basate sull'idea dell'inferiorità o della superiorità dell'uno o dell'altro sesso o su ruoli stereotipati per gli uomini e per le donne; b) assicurare che l'educazione familiare comprenda una corretta comprensione della maternità in quanto funzione sociale [...]»; Art. 12: «1. Gli Stati Parti prendono ogni misura appropriata per eliminare la discriminazione contro le donne nel settore dell'assistenza sanitaria al fine di assicurare, sulla base della parità dell'uomo e della donna, il loro accesso ai servizi di assistenza sanitaria, compresi quelli relativi alla pianificazione familiare. 2. In deroga a quanto disposto al punto 1 del presente articolo, gli Stati Parti assicurano alle donne dei servizi appropriati in relazione alla gravidanza, al parto ed al periodo-post partum, accordando servizi gratuiti ove necessario, nonché un'alimentazione adeguata durante la gravidanza e l'allattamento».

²⁸ La *Ley Orgànica 1/2023, de 28 de febrero, por la que se modifica la Ley Orgànica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo (Boletín Oficial del Estado n. 51, 1 marzo 2023)* dedica il *Capítulo II del Título III* a «*Protección y garantía de los derechos sexuales y reproductivos en el ámbito ginecológico y obstétrico*», garantendo anzitutto il rispetto e la promozione dei diritti in ambito sessuale e riproduttivo nell'offerta dei servizi in ambito ginecologico e ostetrico, come specificato all'art. 27 (*Principios*), secondo il quale «*Las administraciones públicas competentes promoverán la prestación de servicios de ginecología y obstetricia que respete y garantice los derechos sexuales y reproductivos, tanto en el ámbito de la sanidad pública como en la privada. A tal fin, los servicios públicos destinarán esfuerzos especiales a: a) Requerir de forma preceptiva el consentimiento libre, previo e informado de las mujeres en todos los tratamientos invasivos durante la atención del parto, respetando la autonomía de la mujer y su capacidad para tomar decisiones informadas sobre su salud reproductiva, en los términos establecidos en el artículo 8 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. b) Disminuir el intervencionismo, evitando prácticas innecesarias e inadecuadas que no estén avaladas por la evidencia científica y reforzar las prácticas relativas al parto respetado y al consentimiento informado de la paciente incluyendo a tal fin todas las medidas necesarias para incrementar el número de personal especializado. c) Proporcionar un trato respetuoso, y una información clara y suficiente, lo que incluye el respeto a la decisión sobre la forma de alimentación elegida por las madres*

Legge contiene anche norme volte a prevenire e contrastare tutte le manifestazioni di violenza contro le donne in ambito riproduttivo, promuovendo il rispetto per l'autonomia della donna e per le sue preferenze, ad esempio attraverso il consenso informato ai trattamenti, la garanzia di una adeguata informazione medica, il rispetto della scelta relativa all'alimentazione del neonato, la garanzia della non separazione, quando non necessaria, del neonato dalla madre, e garantendo il diritto alla salute riproduttiva, anche attraverso l'astensione da pratiche non necessarie e dunque da una non giustificata medicalizzazione del parto. La Legge prevede inoltre la realizzazione di attività di ricerca e formazione del personale sanitario atte a verificare la consistenza del fenomeno e prevenire e contrastare le pratiche che integrino una violazione dei diritti delle donne.

2. Maltrattamento e violenza contro le donne durante l'assistenza al parto: il dibattito in Italia

Anche in Italia il tema del maltrattamento e della violenza contro le donne durante l'assistenza al parto è stato ed è oggetto di attenzione. Nel marzo 2016 era stata presentata una proposta di legge²⁹ al fine di promuovere il rispetto dei diritti fondamentali e della dignità personale della partoriente e del neonato e l'appropriatezza degli interventi e dell'assistenza alla nascita, ritenendo la donna soggetto di cure e non oggetto passivo di trattamenti. Tale proposta delineava i diritti della partoriente, tra i quali il diritto ad essere informata, a redigere un piano del parto vincolante per la struttura ospedaliera prescelta, ad esprimere un consenso o un dissenso libero, informato e consapevole, alla tutela della riservatezza, alla presenza di una o più persone di sua scelta, al rispetto dei valori della cultura di appartenenza, prevedendo in capo al personale medico l'obbligo di informare la donna di tali diritti. Gli articoli individuavano quindi le pratiche di assistenza al parto lesive della dignità e dell'integrità psico-fisica della partoriente e del neonato, e specifici divieti per garantire il diritto della donna ad essere «trattata con rispetto e dignità, a un'esperienza positiva del parto e della nascita e a mantenere la propria integrità psico-fisica», prevedendo, in particolare, il divieto di rivolgere espressioni umilianti o degradanti alla donna durante il travaglio, di esprimere commenti o apprezzamenti sconvenienti sul corpo della donna, di costringere la donna alla posizione supina durante il travaglio e il parto.

para sus recién nacidos. d) Garantizar la no separación innecesaria de los recién nacidos de sus madres, y otras personas con vínculo directo con estas»).

La Legge promuove inoltre studi volti a verificare la presenza di pratiche contrarie ai principi e diritti indicati, al fine di prevenire e contrastare tali manifestazioni irrispettose dei diritti delle donne e dedica l'art. 31, nel Capitolo III (Medidas de prevención y respuesta frente a formas de violencia contra las mujeres en el ámbito de la salud sexual y reproductiva), all'aborto e alla sterilizzazione forzati, stabilendo che «1. Los poderes públicos velarán por evitar las actuaciones que permitan los casos de aborto forzoso, anticoncepción y esterilización forzadas, con especial atención a las mujeres con discapacidad. 2. Las administraciones públicas, en el ámbito de sus competencias, promoverán programas de salud sexual y reproductiva dirigidos a mujeres con discapacidad, que incluyan medidas de prevención y detección de las formas de violencia reproductiva referidas en este artículo, para lo cual se procurará la formación específica necesaria para la especialización profesional».

²⁹ Proposta di legge n. 3670 – XVII Legislatura, *Norme per la tutela dei diritti della partoriente e del neonato e per la promozione del parto fisiologico*, presentata alla Camera dei Deputati l'11 marzo 2016.

La proposta di legge introduceva la fattispecie della violenza ostetrica, entro la quale ricondurre «le azioni o le omissioni realizzate dal medico, dall'ostetrica o dal personale paramedico volte a espropriare la donna della sua autonomia e della sua dignità durante il parto», indicando specificamente gli atti nei quali si estrinseca tale forma di violenza: «negare un'assistenza appropriata in caso di emergenze ostetriche», «obbligare la donna a partorire in posizione supina con le gambe sollevate», «ostacolare o impedire il contatto precoce del neonato con la madre senza giustificazione medica», «ostacolare o impedire il processo fisiologico del parto mediante l'uso di tecniche di accelerazione del parto senza il consenso espresso, libero, informato e consapevole della donna», «praticare il taglio cesareo in assenza di indicazioni mediche e senza il consenso espresso, libero, informato e consapevole della donna», «esporre il corpo della donna violando la sua dignità personale».

Recenti studi hanno indagato le esperienze vissute dalle donne durante il parto, nonché la loro percezione relativamente alla qualità dell'assistenza, anche in riferimento all'aspetto dell'informazione e del coinvolgimento nel processo decisionale. L'indagine effettuata su iniziativa dell'Osservatorio sulla Violenza Ostetrica (OVOItalia) in collaborazione con le associazioni La Goccia Magica e CiaoLapo Onlus e realizzata dal Gruppo Doxa attraverso 424 interviste online, è stata condotta al fine di analizzare le esperienze vissute dalle donne durante le fasi del travaglio e del parto³⁰: il 21,2% delle donne che hanno partecipato allo studio ritiene di essere stato vittima di violenza ostetrica, secondo la definizione adottata nello studio stesso –appropriazione dei processi riproduttivi della donna da parte del personale medico, costringere la donna a subire un cesareo non necessario, costringere la donna a subire una episiotomia non necessaria, costringere la donna a partorire sdraiata con le gambe sulle staffe, esporre la donna nuda di fronte a una molteplicità di soggetti, separare la madre dal bambino senza una ragione medica, non coinvolgere la donna nei processi decisionali che riguardano il proprio corpo e il parto, umiliare la donna verbalmente prima, durante e dopo il parto –; il 33% ritiene di non essere stato assistito adeguatamente; il 34.5% ha riportato criticità in relazione alla relazione di fiducia e alla tutela della riservatezza. Nella pubblicazione dei risultati della ricerca gli Autori³¹ hanno sottolineato la centralità del tema del consenso informato e del rispetto dell'autonomia della donna evidenziando come le donne attivamente coinvolte nel processo del *decision-making* dimostrano una maggior fiducia nel personale sanitario ed è meno probabile che riferiscano esperienze di mancanza di rispetto e abuso.

La ricerca è stata oggetto di replica da parte delle società scientifiche del settore³²; l'Associazione degli Ostetrici e Ginecologi Ospedalieri Italiani (AOGOI), la Società Italiana di Ginecologia e Ostetricia

³⁰ Indagine Doxa – Osservatorio sulla Violenza Ostetrica in Italia, <https://ovotalia.wordpress.com/indagine-doxa-ovotalia/> (ultima consultazione 25/08/2021). C. RAVALDI, E. SKOKO, A. BATTISTI, M. CERICCO, A. VANNACCI, *Abuse and disrespect in childbirth assistance in Italy: a community-based survey*, in *European Journal of Obstetrics, Gynecology, and Reproductive Biology*, 224, 2018, 208-209. C. RAVALDI, E. SKOKO, A. BATTISTI, M. CERICCO, A. VANNACCI, *Sociodemographic characteristics of women participating to the LOVE-THEM (Listening to Obstetric Violence Experiences Through Enunciations and Measurement) Investigation in Italy*, in *Data in Brief*, 19, 2018, 226-229.

³¹ C. RAVALDI, E. SKOKO, A. BATTISTI, M. CERICCO, A. VANNACCI, *Abuse and disrespect in childbirth assistance in Italy: a community-based survey*, cit.

³² G. SCAMBIA, E. VIORA, A. CHIANTERA, N. COLACURCI, M. VICARIO, "Obstetric violence": *Between misunderstanding and mystification*, in *European Journal of Obstetrics, Gynecology and Reproductive Biology*, 228, 2018, 331. Si veda anche L. LAURIA, I. LEGA, A. MARASCHINI, P. D'ALOJA, C. FERRARO, S. DONATI, *Methodological flaws in web sur-*

(SIGO) e la Associazione Ginecologici Universitari Italiani (AGUI) hanno in seguito condotto uno studio nazionale al fine di valutare la soddisfazione delle donne rispetto alla qualità dei servizi dedicati alla nascita, con particolare riferimento agli aspetti dell'informazione, del controllo del dolore durante il parto e della qualità dell'assistenza, raccogliendo 13.671 questionari in 117 Punti Nascita³³. Dai dati acquisiti attraverso l'indagine, risulta che il 4,6% delle donne ha ritenuto inadeguata/molto inadeguata l'informazione ricevuta durante il travaglio e il parto (la percentuale si innalza al 7,2% in caso di parto operativo vaginale, al 6,7% in caso di parto cesareo d'urgenza e al 5,9% in caso di episiotomia); il 3% ha ritenuto complessivamente inadeguata/molto inadeguata la qualità dei servizi ricevuti nel reparto; oltre il 90% delle donne consiglierebbe ad un'amica di partorire nello stesso punto nascita. Nella pubblicazione dei risultati dell'indagine si è affermata l'opportunità di migliorare l'offerta dell'informazione nelle situazioni complesse.

Il coinvolgimento della gestante nel processo decisionale e dunque il rispetto dell'autonomia e del diritto all'autodeterminazione della stessa³⁴ è aspetto centrale nell'offerta dell'assistenza durante il parto, come confermato da alcuni studi: se una risalente indagine sulla valutazione dell'attività di sostegno e informazione alle partorienti svolta in Italia nel 1999³⁵, ideata e realizzata dalle ostetriche di 23 punti nascita in collaborazione con l'Istituto Superiore di Sanità, al fine di migliorare la qualità dell'assistenza nei punti nascita, aveva portato ad individuare, tra gli aspetti maggiormente critici, «una carenza di informazione e conoscenze tra le donne che, ancora troppo spesso, vengono escluse dai processi decisionali» e a sottolineare al riguardo come al contrario «la maggiore consapevolezza della donna ed il recupero del suo ruolo di soggetto attivo nella gestione dell'evento nascita sono condizioni essenziali per una pratica ostetrica meno invasiva», un più recente studio effettuato tra il 2016 e il 2018, ha confermato l'importanza di individuare misure utili a migliorare la pratica del consenso informato nel contesto peculiare del parto³⁶.

Sottolineano alcuni autori³⁷ al riguardo, con particolare riferimento al possibile *gap* comunicativo tra donna straniera e personale sanitario, come «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».

veys: *Commentary to "Abuse and disrespect in childbirth assistance in Italy: A community based survey"*, in *European Journal of Obstetrics, Gynecology and Reproductive Biology*, 226, 2018, 73.

³³ G. SCAMBIA, E. VIORA, N. COLACURCI, C. LONGHI, *Patient-reported experience of delivery: A national survey in Italy*, in *European Journal of Obstetrics, Gynecology and Reproductive Biology*, 224, 2020, 197-198; *Protocollo di Indagine sulla "Soddisfazione delle donne in sala parto"* <https://www.aogoi.it/notiziario/archivio-news/soddisfazione-donne-sala-parto/> (ultima consultazione 25/08/2021).

³⁴ Si veda al riguardo, in relazione alla scelta della modalità del parto, F. POGGI, *Tra tutela della salute e rispetto dell'autonomia. La libertà di autodeterminazione femminile nella scelta della modalità del parto*, in *BioLaw Journal – Rivista di Biodiritto*, 1, 2021, 105-117.

³⁵ S. DONATI, S. ANDREOZZI, M.E. GRANDOLFO, *Valutazione dell'attività di sostegno e informazione alle partorienti: indagine nazionale*, Rapporti ISTISAN 01/5, 2001.

³⁶ E. PESSA VALENTE, I. MARIANI, B. COVI, M. LAZZERINI, *Quality of Informed Consent Practices around the Time of Childbirth: A Cross-Sectional Study in Italy*, in *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19, 2022, 7166.

³⁷ S.Z.M. CIPOLLA, *La posizione della partoriente come misura del grado di medicalizzazione del parto: ricostruzione storica e prospettive odierne*, in *BioLaw Journal – Rivista di Biodiritto*, 2, 2022, 457-472.

La Federazione Internazionale di Ginecologia ed Ostetricia³⁸ sottolinea l'importanza del rispetto dei confini della relazione terapeutica, entro la quale garantire il libero e informato *decision-making* della paziente, quale relazione di cura e di fiducia, ed evidenzia la diffusione di stereotipi relativi alle donne, al loro ruolo nella società e nella famiglia, alle loro capacità e alle loro preferenze, in particolare nell'ambito della cura della salute riproduttiva, con l'effetto anche di determinare una limitazione nell'offerta di informazioni pertinenti per scelte libere e consapevoli della donna, ritenuta in una condizione di vulnerabilità e dunque non adeguatamente coinvolta nel processo decisionale.

Recentemente sono stati pubblicati i dati preliminari³⁹ di un'indagine effettuata nell'ambito del progetto internazionale IMAGiNE EURO⁴⁰ (*Improving Maternal Newborn care in the EURO Region*), relativi alle opinioni di oltre 21.000 donne che hanno partorito nel primo anno di pandemia in 12 Paesi della Regione europea dell'OMS: lo studio è stato effettuato con lo scopo di comprendere l'impatto della pandemia sulla qualità delle cure materno-neonatali erogate e dunque migliorare la qualità delle stesse, attraverso la raccolta di dati relativi alle esperienze vissute dalle donne e dal personale sanitario, in relazione agli standard individuati dall'OMS per migliorare l'assistenza materna e neonatale⁴¹.

I dati preliminari relativi al campione italiano (4824 donne che hanno partorito nel primo anno di pandemia)⁴² hanno evidenziato diversi aspetti di criticità nella qualità delle cure erogate, non sempre direttamente correlabili alla pandemia e alla sua incidenza sull'offerta di cura e assistenza nelle strutture sanitarie, oltre che significative disuguaglianze tra le diverse Regioni: in particolare, di 3981 donne che hanno vissuto l'esperienza del travaglio, il 78,4% ha avuto limitazioni sulla presenza di una persona di propria scelta durante il travaglio e il parto; il 36,3% ha riportato la mancanza di un adeguato supporto per l'allattamento; il 39,2% non si è sentito adeguatamente coinvolto nella scelta dei trattamenti ricevuti; il 33% ha riferito la mancanza di una comunicazione chiara ed efficace da parte dei sanitari; il 24,8% ha lamentato di non essere stato sempre trattato con dignità.

I dati complessivi dell'indagine delineano significative differenze tra i diversi Paesi nella percezione da parte delle donne della qualità dell'assistenza materna e neonatale ricevuta nelle strutture sanitarie, in particolare in relazione ad alcuni *standard*, tra i quali, ad esempio, limitazioni sulla presenza di una persona di propria scelta durante il travaglio e il parto, la limitazione nella scelta della posizione in caso di parto vaginale spontaneo, la mancanza di una comunicazione chiara da parte del personale

³⁸ FIGO (INTERNATIONAL FEDERATION OF GYNECOLOGY AND OBSTETRICS) COMMITTEE FOR THE STUDY OF ETHICAL ASPECTS OF HUMAN REPRODUCTION AND WOMEN'S HEALTH, *Ethical Issues in Obstetrics and Gynecology*, ottobre 2015, <https://www.figo.org/sites/default/files/2020-08/FIGO%20ETHICAL%20ISSUES%20-%20OCTOBER%202015%20%28003%29.pdf> (ultima consultazione 16/09/2021).

³⁹ M. LAZZERINI ET AL., on behalf of IMAGiNE EURO study group, *Quality of facility-based maternal and newborn care around the time of childbirth during the COVID-19 pandemic: online survey investigating maternal perspectives in 12 countries of the WHO European Region*, in *The Lancet Regional Health – Europe*, 13, 2022, 100268.

⁴⁰ Progetto IMAGiNE EURO: i risultati dell'indagine, <https://www.epicentro.iss.it/materno/progetto-imagine-euro-risultati> (ultima consultazione 25/11/2022).

⁴¹ WORLD HEALTH ORGANIZATION, *Standards for improving quality of maternal and newborn care in health facilities*, 2016, <https://www.who.int/publications/i/item/9789241511216>, (ultima consultazione 01/12/2022).

⁴² M. LAZZERINI, B. COVI, I. MARIANI, A. GIUSTI, E. PESSA VALENTE, for the IMAGiNE Study Group, *Quality of care at childbirth: Findings of IMAGiNE EURO in Italy during the first year of the COVID-19 pandemic*, in *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, 157, 2022, 405-417. Progetto IMAGiNE EURO: i risultati dell'indagine, cit.

sanitario, e il mancato coinvolgimento nelle scelte relative ai trattamenti sanitari. L'indagine ha inoltre evidenziato la presenza di aspetti di criticità riportati dalle donne anche nei Paesi che sono risultati avere i più alti indici rispetto agli standard di qualità dell'assistenza materna e neonatale.

D'altra parte, come si sottolinea nella stessa pubblicazione dei risultati dell'indagine, la comparazione tra i diversi Paesi in relazione agli indicatori connessi alla percezione soggettiva della donna (ad esempio, quelli relativi al rispetto della donna e della dignità nell'assistenza) richiede una interpretazione cauta, considerando l'incidenza che aspettative rispetto agli standard di assistenza, fattori culturali, individuali e nazionali, e sistemi normativi possono aver avuto sulla percezione delle donne.

3. Conclusioni

La riflessione sul fenomeno del maltrattamento e della violenza contro le donne durante l'assistenza al parto non può esaurirsi nella riflessione centrata sulla qualità dell'assistenza e sulle modalità per implementarla né nella definizione delle singole manifestazioni astrattamente considerate e nella verifica degli strumenti giuridici esistenti per garantire alla donna adeguata compensazione per gli illeciti subiti: fondamentale pare l'approccio basato sui diritti umani fondamentali, il rispetto per l'autonomia, il diritto all'autodeterminazione, la tutela della riservatezza, il diritto alla salute, componenti essenziali della relazione terapeutica quale relazione di cura e di fiducia tra paziente e medico, così come delineata nei suoi contenuti e confini anche dal Legislatore italiano nella Legge n. 219/2017⁴³. L'art. 1 comma 2 della Legge stabilisce infatti che «È promossa e valorizzata la relazione di cura e di fiducia tra paziente e medico che si basa sul consenso informato nel quale si incontrano l'autonomia decisionale del paziente e la competenza, l'autonomia professionale e la responsabilità del medico».

In questa prospettiva, secondo il più volte citato Rapporto all'Assemblea Generale delle Nazioni Unite⁴⁴, «gli Stati dovrebbero affrontare l'attuale problema del maltrattamento e della violenza delle donne nei servizi di salute riproduttiva e nel parto nel quadro di tutela dei diritti umani, ed usare questa prospettiva per condurre indagini indipendenti sulle denunce delle donne riguardanti il maltrattamento e la violenza di genere subite nelle strutture sanitarie che includano sia le cause sistemiche e strutturali, sia gli stereotipi sul ruolo delle donne nella società» (punto 77); d'altra parte per contrastare e prevenire ogni forma di maltrattamento e violenza contro le donne gli Stati dovrebbero garantire un'applicazione adeguata ed effettiva del consenso informato nel rispetto dell'autonomia, dell'integrità e della capacità delle donne di prendere decisioni informate in relazione alla propria salute riproduttiva, applicare gli strumenti dei diritti umani e gli standard dell'OMS nell'assistenza al parto, far valere la responsabilità dei professionisti e garantire un'adeguata riparazione per le vittime in caso di mancanza di rispetto e abuso, aumentare la consapevolezza circa i diritti umani delle don-

⁴³ Legge 22 dicembre 2017, n. 219 (*Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento*), G.U. Serie Generale n. 12 del 16 gennaio 2018.

⁴⁴ NAZIONI UNITE – ASSEMBLEA GENERALE, *Rapporto della Relatrice Speciale sulla violenza contro le donne, le sue cause e le sue conseguenze in relazione all'approccio basato sui diritti umani nell'ambito del maltrattamento e della violenza contro le donne nei servizi di salute riproduttiva con particolare riferimento al parto e alla violenza ostetrica*, cit.

ne nel contesto del parto, rafforzare le leggi che vietano tutte le forme di maltrattamento e violenza contro le donne, inclusa la violenza psicologica, durante la gravidanza e il parto.

Secondo l'OMS⁴⁵, «l'obiettivo di porre fine alla mancanza di rispetto e all'abuso durante il parto può essere raggiunto solo attraverso un processo inclusivo, che comporta la partecipazione delle donne, delle comunità, dei fornitori di assistenza, dei *manager*, dei docenti, delle società di formazione e certificazione, delle associazioni professionali, dei governi, degli attori del sistema sanitario, dei ricercatori, della società civile e delle organizzazioni internazionali».

Ritengono alcuni autori⁴⁶ fondamentale, ai fini della prevenzione e della eliminazione del fenomeno in esame, un'azione articolata su tre linee di intervento: «demedicalizzazione dell'evento nascita, formazione dei professionisti sanitari e implementazione del livello di consapevolezza delle donne rispetto alle proprie competenze e ai propri diritti». Sottolineano tali Autori come «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» e come in tale prospettiva assuma 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 partorienti»; d'altra parte ritengono 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 riproduttiva delle donne», anche per mezzo di percorsi di formazione per i professionisti sanitari e misure volte a promuovere la consapevolezza delle donne rispetto ai propri diritti nel percorso nascita.

Entro tale prospettiva l'emanazione di norme *ad hoc* volte a definire e sanzionare manifestazioni di violenza contro le donne durante l'assistenza al parto deve realizzarsi congiuntamente alla predisposizione di altre misure, legislative e non, volte a prevenire e contrastare il fenomeno, non potendo le "soluzioni" al fenomeno della c.d. violenza ostetrica esaurirsi nell'affrontare singole fattispecie, bensì richiedendo una riflessione che si estenda alla considerazione della posizione della donna nel più ampio ambito sociale, economico e culturale⁴⁷. Un piano di contrasto del fenomeno in esame non può dunque essere pensato nell'ambito di un approccio esclusivamente volto a considerare i profili penalistici di tali forme di mancanza di rispetto e abuso ma deve delinearli e realizzarsi nell'ambito di una riflessione che tenga conto delle radici culturali del fenomeno, della sua collocazione nell'ambito delle più ampie questioni della violazione dei diritti umani e della violenza di genere.

Fondamentale pare dunque anche una risposta culturale⁴⁸, risposta alla quale concorrano tutti i soggetti anche istituzionali coinvolti, attraverso l'attuazione delle misure e linee d'azione previste dagli organismi internazionali, promuovendo una adeguata formazione del personale sanitario e accre-

⁴⁵ ORGANIZZAZIONE MONDIALE DELLA SANITÀ (OMS), cit.

⁴⁶ C. CANNONE, *op. cit.*

⁴⁷ V. PERROTTE, A. CHAUDHARY, A. GOODMAN, "At least your baby is healthy" *Obstetric violence or disrespect and abuse in childbirth occurrence worldwide: a literature review*, in *Open Journal of Obstetrics and Gynecology*, 2020, 10, 1544-1562.

⁴⁸ M. DI LELLO FINUOLI, *Profili penali della c.d. violenza ostetrica*, in *Sistema Penale*, https://www.sistemapenale.it/pdf_contenuti/1669761080_di-lello-violenza-ostetrica.pdf (ultima consultazione 05/01/2023).

scendo nelle donne la consapevolezza dei propri diritti⁴⁹, affinché la relazione di cura e di fiducia tra gestante e medico si costruisca sempre nel rispetto dell'autonomia e dei diritti fondamentali della donna.

⁴⁹ Sottolinea al riguardo il Consiglio d'Europa, nelle Raccomandazioni del citato Rapporto del 2019 in tema di violenza ostetrica e ginecologica, che la promozione dell'uguaglianza di genere in ogni campo aiuterà la lotta contro ogni forma di violenza contro le donne, compresa la violenza ostetrica e ginecologica. Il Consiglio d'Europa sostiene l'importanza di «*legal provisions penalising obstetrical and gynaecological violence*» così come «*penalty systems for doctors who fail to behave respectfully towards their patients*» a livello deontologico, e afferma l'importanza della formazione dei professionisti sanitari e nel contempo l'importanza di promuovere la consapevolezza nelle donne, per favorire il cambiamento: «*many women who have suffered violence of this sort do not realise it. Information and awareness-raising campaigns ought to be conducted to alert public opinion to these risks and acts and encourage victims of violence to lodge complaints. Continually making it easier to talk about obstetrical and gynaecological violence will help to change practices*».