

Violenza ostetrica: di cosa si tratta e perché riflettervi

Eleonora Maglia, | 18 settembre 2019

Per violenza ostetrica si intende “l’appropriazione del corpo e dei processi riproduttivi della donna da parte del personale sanitario, che si esprime in un trattamento disumano, nell’abuso di medicalizzazione e nella patologizzazione dei processi naturali, avente come conseguenza la perdita di autonomia e delle capacità di decidere liberamente del proprio corpo e della propria sessualità, impattando negativamente sulla qualità della vita della donna”. Questa citata è la prima definizione giuridica formulata nel 2007 in Venezuela (Ley Organica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre, art.15) riguardo un fenomeno molto diffuso e dibattuto in America Latina, dove si collocano gli altri quattro paesi al mondo che hanno legiferato sul tema (Quattrocchi, 2019). Un recente studio mostra però che la violenza ostetrica non è associata solamente ai paesi in via di sviluppo, ma è presente anche nei paesi ad alto reddito (Ravaldi *et al.*, 2018).

Si tratta di un problema riconosciuto anche dal *World Health Organization* che nel 2014 si è pronunciato, ricordando come “ogni donna abbia il diritto al più elevato livello di salute raggiungibile, che include il diritto ad una assistenza sanitaria rispettosa e dignitosa” e anche sottolineando come l’esperienza di trattamenti irrispettosi e abusanti durante il parto in ospedale viola tale diritto. Al fine di intervenire a riguardo, le azioni proposte dal WHO attengono sostanzialmente al maggior supporto dei governi. Tutto ciò potrebbe avvenire da un lato avviando dei programmi di miglioramento della qualità e dell’informazione riguardo l’assistenza alla maternità e, d’altro lato, creando sistemi di responsabilità e di sostegno professionale significativo. Ad esempio diffondere le evidenze sull’efficacia di interventi preventivi è un primo passo utile a fornire delle guide tecniche ai fornitori di servizi e di assistenza sanitaria. Più in generale, poi, un *focus* centrato sul binomio cure sicure e alta qualità è di aiuto nel plasmare azioni concrete. Come è pure d’aiuto il coinvolgimento e l’unione di individui e organismi in uno sforzo collettivo per identificare e documentare lo stato attuale dei livelli di assistenza.

La situazione in Italia

In Italia il tema della violenza ostetrica non è molto noto, se si escludono le azioni di informazione realizzate da associazioni e da gruppi per prevenire le procedure ospedaliere routinarie e per evitare le medicalizzazioni eccessive o gli esami non essenziali. Un primo esempio di auto-attivazione è stata la campagna “Basta tacere”, promossa nel 1972 da alcuni collettivi di Ferrara e ri-avviata nel 2016, quando vi è stato anche un tentativo di introdurre il tema nella legislazione con la proposta “Norme per la tutela dei diritti della partoriente e del neonato e per la promozione del parto fisiologico”.

Per capire qual è l’attuale situazione nazionale l’Osservatorio sulla violenza ostetrica in Italia ha realizzato un’indagine su un campione rappresentativo di 5 milioni di utenti nel periodo 2003/17 (Doxa e OVOItalia, 2017). L’analisi ha riguardato le diverse fasi del travaglio e del parto, valutando il rapporto con gli operatori sanitari, la tipologia dei trattamenti praticati, la comunicazione usata dallo staff medico, il consenso informato, il ruolo della partoriente nelle decisioni, nonché il rispetto della dignità della persona. Dai risultati ottenuti, si stima in circa un milione il numero delle madri (21% del totale) che riportano esperienze di forme fisiche o psicologiche di violenza ostetrica. Per il 41% delle donne intervistate, l’assistenza al parto sarebbe stata lesiva della dignità e dell’integrità psico-fisica (con pratiche realizzate senza autorizzazione esplicita come nel caso dell’episiotomia). Nel 6% dei casi, il trauma esperito sarebbe poi d’ostacolo nella scelta di affrontare una successiva gravidanza. I margini di miglioramento evidenziati dalle partorienti del campione analizzato riguardano principalmente il sostegno e le informazioni sull’avvio dell’allattamento (27% delle risposte), la riservatezza nelle fasi e nei momenti di permanenza in ospedale (19%), l’accesso ad una adeguata terapia del dolore (13%) e la possibilità di avere vicino una persona di fiducia durante il travaglio (12%).

In più, secondo le rilevazioni dell’Ocse (2016), nonostante il numero dei medici donna sia in crescita (46% nel 2015 contro il 38% nel 2000), tuttora l’attuale forza lavoro complessiva sanitaria è composta prevalentemente da uomini e le operatrici di

genere femminile sono sottorappresentate nelle occupazioni altamente qualificate. Si tratta di un aspetto non trascurabile anche rispetto al tema in esame, posto che un filone di ricerca sull'interazione uomo-medico/donna-paziente (Lombardi, 2013a e 2013b) ha mostrato come, in ambito ostetrico-ginecologico, l'interazione tra una donna e un medico tende ad astrarre dalla relazione duale e a collocarsi invece in un contesto di valori e di credenze più ampio e connotato storicamente e socialmente. Così da un lato i medici sarebbero portati ad inserire le informazioni sanitarie in una definizione femminile più generale, fondata sul ruolo tradizionalmente attribuito alle donne all'interno della società. D'altro lato, le donne (culturalmente abituate alla dipendenza) sarebbero portate maggiormente ad assumere una posizione di doppia subordinazione (come donne e come pazienti). Il tutto con il rischio che anche in ambito ostetrico-ginecologico vengano riprodotte delle relazioni asimmetriche, legate sia al genere che al sapere.

I benefici di una riflessione sul tema

All'interno della situazione descritta, ragionare sul concetto di violenza ostetrica può essere quindi molto utile a ri-orientare ove necessario i protocolli medici, migliorando da un lato l'esperienza del parto per le madri e, d'altro lato, lo svolgimento della attività lavorativa per il personale ospedaliero. Tutto ciò rientrerebbe nella logica del miglioramento continuo dei processi e nell'utilizzo ottimale delle risorse per la promozione di una cultura di qualità (secondo la sequenza *observation-plan-do-check-act* del ciclo di Deming).

Così, in risposta alla pubblicazione dei dati dell'Osservatorio sulla violenza ostetrica in Italia, l'Associazione Ostetrici Ginecologi Ospedalieri italiani (AOGOI) ha richiesto l'accesso ai dati, alle fonti e alla nota metodologica e ha annunciato l'avvio di uno studio per verificare lo stato dell'ostetricia e della ginecologia in Italia. L'attenzione posta alla ricerca di possibili criticità conferma certamente la serietà dei professionisti del settore citato. In più, complessivamente, un dialogo tra società scientifiche può certo concorrere a migliorare ancor più un rapporto di fiducia tra paziente e curante che si attesta nell'insieme già a livelli alti (il 67% del campione citato, valutando la qualità complessiva della cura, dichiara di aver ricevuto un'assistenza adeguata da parte dei medici e degli operatori sanitari).

Secondo i dati più recenti, l'89,1% dei parti avviene in istituti di cura pubblici o equiparati e il 10,9% in case di cura private (Ministero della salute, 2015). All'interno di uno scenario di questo tipo, riconoscere l'esistenza del tema della violenza ostetrica apre alla possibilità di intervenire sulle pratiche di assistenza. Migliorando così i livelli di sicurezza percepita e reale e assicurando maggiori diritti per le partorienti e maggiore tranquillità e spazio d'azione per gli operatori sanitari. Punti di partenza condivisi sono in effetti già stati rilevati dalle parti chiamate a cooperare: infatti, ad esempio, il numero di parti per via chirurgica (necessario in casi d'urgenza) risulta invece *routine* ed eccessivo (viene registrato nel 52,5% dei parti nelle case di cura accreditate e nel 31,9% negli ospedali pubblici) sia secondo il Ministero della salute che per l'Osservatorio sulla violenza ostetrica in Italia.

Partendo da qui, una aumentata collaborazione tra medici, istituzioni e donne (con il ricorso a linguaggi inclusivi e al coinvolgimento attivo delle pazienti) può realizzare apprezzabili risultati verso un'assistenza pienamente rispettosa della dignità delle persone. Si tratta dunque di una via percorribile grazie al coinvolgimento di tutte le parti interessate negli sforzi profusi per eliminare i trattamenti irrispettosi e gli abusi.

Bibliografia

- Bonura M. L., 2018, *Che genere di violenza*, Edizioni Centro Studi Erickson
- Dutton D. G. e Painter S. L., 1981, *Traumatic Bonding: The development of Emotional Attachments in Battered Women and Other Relationships of Intermittent Abuse*, *Victimology*, 6, 139-55
- Doxa e OVOItalia, 2017, *Le donne e il parto*
- Istat, 2014, *Report Violenza sulle Donne*
- Karmen A, 2016, *Crime victims*, Cengage
- Lombardi L., 2013a, "Che genere di riproduzione?", in Lombardi L. e DeZordo S. (a cura di), *La procreazione medicalmente assistita e le sue sfide*, FrancoAngeli
- Lombardi L., 2013b, "Interazioni situate e contesti istituzionali", in Costantini W. e Calistri D. (a cura di), *Ostetrica*, II
- Ministero della salute, 2015, *Il rapporto annuale sull'evento nascita in Italia*
- OECD, 2016, *Health Statistics*

- Quattrocchi P., 2019, *Come riconoscere la violenza ostetrica*, Ingenere, luglio
- Ravaldi C. et al., 2018, *Abuse and disrespect in childbirth assistance in Italy: A community-based survey*, Ejug, 224, 208-209
- Reale E., 2011, *Maltrattamento e violenza sulle donne*, FrancoAngeli
- Ryan W., 1971, *Blaming the victim*, Patheon

- World Health Organization, 2014, *La prevenzione e l'eliminazione dell'abuso e della mancanza di rispetto durante l'assistenza al parto presso le strutture ospedaliere*