



**UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA**

**Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo e  
della Socializzazione (DPSS)**

**Corso di laurea in Psicologia di Comunità, della  
Promozione del Benessere e del Cambiamento  
Sociale**

**Tesi di laurea magistrale**

**Abuso e assenza di comunicazione  
durante il parto: una ricerca sul  
fenomeno della violenza ostetrica**

**Abuse and lack of communication during  
childbirth: a research on obstetric violence**

***Relatore***

**Prof. A. Zamperini**

**Dipartimento di Filosofia, Sociologia,  
Pedagogia e Psicologia Applicata (FISPPA)**

***Laureanda:***

**Nicla Meraviglia**

***Matricola:***

**1204572**

Anno Accademico 2021/22

## INDICE

Introduzione .....	2
Capitolo I: Il costrutto di salute e parto.....	4
1.1. Storia della medicina .....	4
1.2. Il parto .....	6
1.3. La medicina difensiva e la gestione del rischio .....	8
1.4 La dimensione simbolica del parto .....	10
Capitolo II: La violenza.....	13
2.1. Studi sulla violenza e sull'aggressività .....	13
2.2. La violenza secondo J. Galtung .....	16
2.3. Butler e la nonviolenza .....	19
2.4. La violenza ostetrica .....	20
Capitolo III : La ricerca .....	23
3.1. Scopi .....	23
3.2. Disegno di ricerca e metodi di raccolta .....	24
3.3. Le interviste .....	24
3.4. I focus group .....	29
3.5. Analisi dei dati .....	31
Capitolo IV: Risultati della ricerca .....	36
4.1. Le aspettative .....	36
4.2. Le pratiche mediche ed il consenso .....	40
4.3. Lo stato emotivo .....	45
4.4. I focus group .....	53
Capitolo V: Conclusioni .....	58
Bibliografia .....	62

### **Introduzione:**

La seguente trattazione ha come obiettivo quello di indagare i costrutti narrativi che costruiscono i racconti dell'esperienza di parto di persone che si riconoscono come vittime di violenza ostetrica.

La ricerca è stata condotta sul territorio italiano e ha coinvolto 19 donne che hanno partorito a partire dall'anno 2008, le interviste hanno preso origine da una domanda con focus esperienziale e con unico criterio di inclusione quello di ritenere il proprio parto come caratterizzato da violenza ostetrica.

La trattazione prende in carico prima la dimensione medica del parto esponendo lo sviluppo storico del costrutto di salute, sanità e medicina. Mostrando le modifiche del processo di parto si espongono i limiti delle procedure attuali con un particolare focus sulla situazione italiana.

Si procede poi nella definizione di violenza a partire dalle prime definizioni centrate sull'aggressività fino a concettualizzazioni psicosociali che dedicano maggiore attenzione alle dinamiche di potere tra gli agenti. Nell'inquadrare il fenomeno della violenza ostetrica come "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" (Venezuela, 2007) viene adottata una spiegazione psico sociale al fenomeno grazie al costrutto di violenza strutturale (Galtung, 1990)

La ricerca si è strutturata in diverse fasi: la prima ha previsto la ricerca di volontarie che volessero partecipare alla ricerca per mezzo di gruppi/forum specifici per tematica (parto, parto naturale, violenza ostetrica), successivamente si è proceduto

con interviste episodiche che garantissero alle partecipanti la libertà narrativa per raccontare liberamente la propria esperienza

L'analisi delle interviste è stata condotta con gli strumenti della psicologia discorsiva quali i repertori discorsivi e i posizionamenti soggettivi.

La ricerca ha permesso di evidenziare 3 nodi narrativi che delineano le caratteristiche dell'esperienza di violenza ostetrica con una particolare attenzione al bisogno di raccontare, condividere e riconoscere il proprio vissuto.

Successivamente sono stati condotti due focus group esplorativi con personale medico e sanitario al fine di mettere in contatto le narrazioni e le istanze delle partorienti con le percezioni del personale ed indirettamente, con le persone in possesso dell'agency necessaria ad implementare le modifiche suggerite.

## Capitolo I: ***Il costruito di salute e parto***

Childbirth is “an intimate and complex transaction whose topic is physiological and whose language is cultural” (Jordan, 1982).

### 1.1 *La storia della Medicina*

Sin dai primi insediamenti umani la medicina ha rappresentato l'espressione del rapporto tra la malattia e gli strumenti necessari ad avere sollievo (Foucault, 1973)

Come sostenuto da Illich (1974), fino a metà dell' '800 «la malattia era ancora sofferenza personale riflessa negli occhi del medico», il medico visitava il malato in casa e non in ospedale in quanto questi erano considerati luoghi di fine vita e non di cura. Il cambio di visione dell'ospedale, da luogo isolato dove rinchiudere la popolazione considerata deviante a luogo di cura, è simbolico di un cambio di paradigma medico iniziato nel periodo della Restaurazione, periodo nel quale la professione medica si configura in modo moderno con scuole ufficiali ed autorizzate, la cui prima apre in Francia ad opera di François de la Boe. La medicina si formalizza con l'obiettivo non più di curare l'uomo sofferente ma di eliminare dell'entità fisica separata che è la malattia cambiando così anche l'oggetto di studio.

Questo passaggio ha la sua genesi due secoli prima con la divisione cartesiana di anima e corpo, in questo modo il dolore non è più solo sofferenza da sopportare ma allarme di un malfunzionamento del corpo ora concepito come un "meccanismo ad orologeria", un ingranaggio perfetto.

Questa rivoluzione culturale trasforma la malattia da un evento sociale, gestito collettivamente ed entro orizzonti relazionali a un evento individuale ed incomprensibile in quanto spiegabile solo attraverso le lenti del nuovo sapere medico, un sapere di classe ed accessibile solo agli specialisti medici. (Foucault, 1973)

Lo spostamento dell'oggetto della medicina dalla persona al morbo modifica anche il modo in cui la sofferenza viene intesa (da unica e personale a standardizzata e statistica) ma anche come viene concettualizzata la salute che si ridefinisce al negativo come l'assenza di malattia.

Questa idea, nonostante l'impegno dell'OMS nel definire la salute come più della mera assenza di malattia ma come uno stato di benessere psicofisico (1948), influenza tutt'ora la medicina che si focalizza sull'eliminazione del morbo. (Boorse, 2011) Boorse sottolinea infatti come sia necessario ripensare al concetto di salute non solo per migliorare il benessere dei pazienti ora ma anche e soprattutto perché l'attuale modello di medicina indirizza fortemente non solo la pratica medica ma anche la ricerca ad essa collegata. A riprova della pervasività del modello medico l'autore differenzia il costrutto di "sickness" da quello di "illness" mostrando come il primo termine indichi uno stato di malessere fisico ben riconducibile a una malattia/sindrome mentre il secondo sia un termine comprensivo anche del disagio psico-sociale legato all'esperienza di malattia. L'autore conclude sostenendo che la progettazione degli ospedali e delle cure prendendo in carico solo la dimensione della "sickness" ed ignorando tutti i fattori relazionali e di isolamento che l'ospedalizzazione causa, produce una progressiva restrizione dell'agency del paziente.

La necessità di ripensare al modello medico viene ben espressa anche dalla socioanalisi "medici senza camice, pazienti senza pigiama" condotta a Roma nel 2011 da Sensibili alle foglie.

La ricerca infatti evidenzia come fenomeni quali spersonalizzazione del paziente, classismo e gerarchizzazione tra le professionalità ospedaliere o assenza di

attenzione per la dimensione relazionale medico-paziente siano dannosi sia per i pazienti sia per il personale medico-sanitario.

La centralizzazione dell'ospedale come luogo simbolo della nuova medicina è ampiamente visibile anche nelle modifiche del processo del parto, un evento fisiologico con configurazioni dettate dalla cultura e dai sistemi valoriali. (Stone, 2009).

## 1.2. *Il parto*

Prima del 18° secolo il fenomeno del parto era relegato alla sfera di competenza femminile (Versluysen, 1981), a tale riprova il parto era solitamente un evento tra tre categorie di attrici: la partoriente, la puericultrice/ostetrica e le assistenti, la genderizzazione del fenomeno rendeva l'intervento medico una rarità.

Le rivoluzioni culturali unitamente alle novità della tecnica quali l'invenzione di nuovi strumenti clinici quali il forcipe (Wilson, 2018) hanno aperto la strada agli uomini nella pratica ostetrica e la successiva medicalizzazione del parto stesso.

Come sostenuto da Ehrenreich and English (1973) «I cambiamenti sociali del diciottesimo secolo spinsero ulteriormente la salute femminile nell'area di competenza dei professionisti e facilitarono la creazione di un senso di dipendenza dal sistema medico», tanto che già nel 19° secolo l'assistenza medica al parto era prassi consolidata per le classi agiate grazie alla implicita promessa di un parto senza rischi e meno doloroso.

Come conseguenza della sempre maggiore presa in carico medica possiamo anche osservare una progressiva costruzione di uno standard statistico per il processo del parto (feto cefalico posizionato correttamente in vagina) tuttora ritenuto valido. (Loudon, 1997)

Il campo di competenza delle ostetriche si è dunque via via ristretto alla gestione delle gravidanze a “basso rischio”, in linea con gli standard, a favore di un ampliamento dei casi in cui ritenuto necessario l'intervento medico. (Oakley, 1984)

A riprova degli effetti della nuova normatività sulla frequenza degli interventi medici (Wilson, 1995) si può notare infatti un progressivo incremento della percentuale di parti cesarei negli anni.

Sebbene il taglio cesareo fosse una pratica nota sin dall'antica Roma, solo nel 19° secolo vediamo un incremento esponenziale degli interventi (Nielsen, 1995) fino ad arrivare all'attualità con un tasso di parti cesarei mondiale del 21% a fronte di una stima di necessità del 10/15% da parte dell'OMS, con picchi nei paesi a più alto reddito (OMS, 2015).

Il Brighton Women and science group (1980) espone il tema della medicalizzazione del parto già nello scorso secolo, evidenziando come gli interventi medici sulla partoriente siano a loro volta causa di ulteriori interventi in un effetto domino di complicazioni iatrogene.

Nonostante questo, il parto medicalizzato viene descritto come il più sicuro in assoluto e viene tralasciata l'importanza psicologica della percezione di controllo dalla donna durante un parto non medicalizzato.

Dal punto di vista simbolico dunque «Childbirth has been transformed into a `clinical' crisis and hence is regarded as a legitimate and important area for medical intervention». (Doyal, 1979)

Il passaggio dalle nascite in casa all'ospedalizzazione del parto è ormai quasi totale, le donne vengono intese come vittime del proprio sistema riproduttivo (Cahill, 2001), vengono private delle reti sociali di supporto rendendo il parto un fenomeno individuale (Illich, 1976 ) e le manifestazioni della fertilità femminile patologizzate



tanto da non essere più comprensibili alla donna stessa senza una lettura medica.  
(Brubaker, 2009)

La necessità di un intervento medico, di controllo esterno, viene a maggior ragione sottolineata dalla rappresentazione mediatica e sociale che si fa del momento del parto nel quale raramente la partoriente viene dipinta come calma e razionale a favore di un'immagine di dipendenza dalla gestione esterna del personale medico.  
(Stone, 2009).

### *1.3. La medicina difensiva e la gestione del rischio*

Una possibile concausa alla sempre maggiore medicalizzazione del travaglio e del parto si può riscontrare nella crescente tendenza alla medicina difensiva da parte del personale sanitario. Con medicina difensiva si intendono pratiche attive (quali somministrazione di esami non necessari e potenzialmente rischiosi/ consultazione con medici esterni etc...) o passive (evitare pazienti con casi problematici) al fine di evitare cause legali legate alla professione.

Nonostante esista un'ampia letteratura sugli effetti negativi che la medicina difensiva produce sia sui pazienti che sostengono rischi e costi maggiori sia sui medici a causa dello stress emotivo il fenomeno è in progressiva crescita (Pellino, 2015. Catino, 2011). Cunnigham (2011) evidenzia come anche il fenomeno della medicina difensiva sia frutto del modello biomedico che si focalizza sulla malattia come fosse un danno da aggiustare e che non ammette i limiti della pratica e della scienza medica. L'autore mostra come anche eventi frequenti come semplici lamentele possano contribuire al fenomeno della medicina difensiva poiché legati ad una dilagante cultura della vergogna che necessita di un colpevole per funzionare. In particolare nelle cure ostetriche la tecnologia ricopre un ruolo centrale nel dipanarsi

delle pratiche mediche difensive in quanto azioni mediche anche invasive quali il monitoraggio fetale costante o l'induzione del parto vengono perpetuate per mantenere lo sviluppo del travaglio e della fase espulsiva sotto controllo ed entro limiti statistici di sicurezza senza che questi tengano in considerazione la naturale variabilità individuale. (Bassett, 2000)

Come sostenuto da Bassett una riforma del parto verso una minore medicalizzazione è possibile ma non è sufficiente una modifica del sistema legale; è necessaria una nuova consapevolezza verso i rischi insiti nel parto durante il quale eventi avversi sono solo raramente causati da negligenza medica.

Per quanto i nuovi medici possano progressivamente muoversi verso una gestione del rischio più positiva, Burdon (2013) sottolinea come sia necessaria una presa di consapevolezza dei limiti della medicina e delle reali responsabilità mediche.

I dati statistici mostrano che nel mondo avvengono ogni anno circa 140 milioni di parti, la maggior parte sono prive di fattori di rischio, ciò nonostante il parto va riconosciuto come un evento cruciale per la sopravvivenza, la salute e il benessere della madre e del bambino, come evidenziato dalle raccomandazioni dell'Organizzazione mondiale della Sanità nell'ambito della promozione di un parto positivo (2018).

I più frequenti rischi gravi durante il parto o immediatamente dopo allo stesso sono legati a emorragie, parto ostruito o sepsi (Kassebaum, 2014), negli ultimi decenni l'aumentata accessibilità di strutture sanitarie ha aumentato la percentuale mondiale di sopravvivenza materna ma questo non è sufficiente a garantire una buona nascita.

Come evidenziato da Bohren (2014) per i paesi a basso e medio reddito e da Coulm (2012) per i paesi ad alto reddito, su un alto numero di donne in salute vengono

praticati interventi medici quali induzione del parto, infusione di ossitocina, parto cesareo e episiotomia o vengono sottoposte a prassi non necessarie in travagli senza complicazioni quali la rasatura del pube, clisteri, antispasmodici o antibiotici, ponendo in secondo piano le esigenze della partoriente. (Renfrew 2014).

Contemporaneamente pratiche non cliniche quali supporto emotivo, attenzione alla comunicazione efficace e promozione della scelta consapevole durante le fasi del travaglio non vengono sufficientemente promosse (Tunçalp, 2015).

In Italia l'evento del parto è oggetto di una forte attenzione ma, come evidenziato dai dati Istat del 2013 è anche un evento fortemente medicalizzato con un tasso di parti cesarei del 36,3%, il parto definito spontaneo, con un'incidenza del 64,7% non si può definire come privo di interventi medici: il 72,7% delle donne nel 2013 ha riferito di aver subito almeno una pratica tra la rottura artificiale delle membrane, il monitoraggio elettronico fetale, episiotomia e la somministrazione di routine di farmaci durante il travaglio (tutte pratiche sconsigliate se non in casi specifici dalle linee guida OMS dal 1996). La somministrazione di ossitocina è riferita dal 22,3% delle donne ma ben il 14,2% riferisce di non sapere se le sia stata somministrata.

#### *1.4. La dimensione simbolica del parto*

La fortissima presenza di interventi durante il processo del parto ha come conseguenza un diminuito senso di agency della partoriente con conseguenze anche a lungo termine (Preis, 2019)

La gravidanza e il parto infatti sono momenti sia fisicamente intensi sia culturalmente connotati, in nessuna cultura ad oggi nota la gravidanza e il parto sono vissuti con indifferenza. Parto e gravidanza coinvolgono ogni aspetto della vita sociale (Callister, 1995), sono fisiologici e limitati nel tempo ma non possono considerarsi come

semplici eventi transitori, non accadono alla donna perché investiti di significati personali e sociali. (Alpren, 1992; Balin, 1988)

Come ulteriormente evidenziato da Balin (1988) alla donna gravida viene richiesto di seguire limitazioni igienico sanitarie, dietetiche e comportamentali che riflettono uno status sociale alterato che collima con la dimensione del sacro. La gravidanza infatti è avvicinamento al momento di passaggio che è il parto e ciò pone la donna gravida in una condizione di liminalità.

Dal punto di vista individuale, in ogni caso, il parto e la maternità rappresentano una delle pietre miliari della vita di molte donne ed è conseguenziale un gran numero di partorienti programmino il proprio parto formando delle aspettative e sviluppando preferenze in merito all'avvenimento. (Preis, 2018)

Il parto è riconosciuto come un momento fisico ad alta intensità, un evento rischioso seppur fisiologico e tra le aspettative delle future madri si fa largo il senso di paura per la propria vita e quella del nascituro (Nakano, 2011).

La medicalizzazione e la creazione di rigidi standard di salute mostra il radicato bisogno di controllare e gestire la riproduzione femminile. (Nagahama and Santiago, 2005).

É dunque necessario evidenziare il possibile effetto iatrogeno dell'eccessiva medicalizzazione per tutelare un momento emotivamente e culturalmente significativo.

Ricordando che un parto sicuro è la priorità per tutti gli agenti coinvolti, pensare a un parto positivo è fondamentale per la salute della madre e del bambino nel breve e lungo termine ed è cruciale per lo sviluppo positivo della relazione madre figlio. (Townsend, 2020)

Un buon parto è fondamentale per la salute anche fisica della madre, Macarthur (1991) mostra infatti come il 47% delle donne dichiarano di avere nuovi problemi di salute entro 3 mesi dal parto, alcuni dei quali possono cronicizzarsi. I problemi più frequentemente lamentati comprendono mal di schiena, danni al pavimento pelvico, incontinenza ma anche mal di testa e affaticamento. Si stima che meno della metà delle donne che vivono questi sintomi si riferiscano a un medico per trattarli. Inoltre meno della metà delle donne che sviluppano sintomi riconducibili a sindromi depressive o ansia si rivolgono a uno specialista.

Il primo fattore di soddisfazione verso il parto è il senso di controllo che la partoriente sente di esercitare sulla situazione, unitamente alla qualità del supporto ostetrico (Townsend 2020, Goodman 2004).

Un altro fattore fondamentale a una buona esperienza di parto è l'adesione alle aspettative, per questo i luoghi di formazione delle aspettative quali, per esempio, i corsi preparto sono di importanza centrale.

Per questa ragione il ruolo del personale medico-sanitario dovrebbe focalizzarsi sul formare le donne in gravidanza e fornire loro il maggior numero degli strumenti necessari al controllo e gestione dell'esperienza di parto. Con il termine "favorire il controllo" non si intende necessariamente una adesione cieca alle aspettative della partoriente ma un atteggiamento del personale che tenga in considerazione e faciliti la presa di decisione e la fiducia reciproca anche nei momenti di crisi. (Goodman, 2004). Il rispetto e l'ascolto delle decisioni della partoriente infatti funzionano da fattori di protezione verso sentimenti come senso di colpa, oggettificazione e depersonalizzazione. (Berg, 1998)

## Capitolo II: **La Violenza**

*<<L'anima umana vi appare continuamente modificata dai suoi rapporti con la forza: talvolta accecata dalla forza di cui crede di disporre, si curva sotto l'imperio della forza che conflitto necessario a garantirsi beni e risorse. Nel tardo 1800 vediamo richiami dell'animalità come causa della devianza con subisce>>*

*[Il poema della forza, Simone Weil]*

### 2.1. Studi sulla violenza e sull'aggressività

La storia dell'umanità è costellata di tentativi di spiegazione dell'aggressività e della violenza.

Per molto tempo l'aggressività e la violenza sono state spiegate come afferenti all'animalità pre/antisociale sommersa nell'uomo civilizzato e riemersa nell' "uomo delinquente". Cesare Lombroso, fondatore dell'antropologia criminale, nel 1876 delineò la causa della delinquenza in una presunta predisposizione dell'individuo, riconoscibile in segni somatici (da identificare e controllare per il benessere della comunità). Tali segni venivano considerati prova dell'assenza di "civiltà" dell'individuo nato animale e depravato, non uomo razionale.

Esempi dei segni sopracitati potevano essere sopracciglia folte, fronte sfuggente, orecchie a punta o anche epilessia, forme di atavismo che avrebbero dimostrato l'animalità dell'individuo e la sua intrinseca predisposizione a delinquere. (Ferracuti, 1996; Cullen F.T., 2013).

La concezione dell'animalità come violenta infatti si rifà alle diadi manichee di homo sapiens/animale, ragione/follia, adulto/bambino, civile/selvaggio, classe media/classi pericolose.

Qualche decennio dopo gli etologi raccolsero le teorie degli antropologi criminali e proposero l'idea della zoomorfizzazione dell'essere umano, non più il comportamento animale era letto con le categorie morali umane ma viceversa. Autori noti anche al pubblico come Morris (1967) e Ardey (1968) descrivono l'uomo

come un uccisore specializzato di prede, non differente da altri animali, tanto da arrivare a ipotizzare che l'essere umano sia emerso grazie alla sua natura predatoria, che la capacità cognitiva dell'homo sapiens sia frutto dell'uso delle armi per uccidere.

Tra le descrizioni biologiche della violenza prevalente troviamo anche Konrad Lorenz, tra i fondatori della etologia stessa, descrive l'aggressività e la violenza (umana e animale allo stesso modo) come riflesso di "energia" accumulata per fattori endogeni ed esogeni che si scatena in aggressività esplosiva (Scott, 1958). L'aggressività non è descritta in termini morali ma come tratto necessario alla sopravvivenza in chiave darwiniana.

Proprio Darwin, infatti, evidenziò come la propensione a cooperare sia spinta anche da forme di aggressività all'interno del gruppo che rafforzano la coesione interna, l'autostima di gruppo e l'identificazione. (Hopkins J., 2004).

Altre ipotesi biodeterministe riconducono agli ormoni e nello specifico al testosterone la matrice dell'aggressività, dando anche una lettura di genere alla violenza. (Lionel Tiger, 1970)

Riconosciuto il riduzionismo della biologia e della "natura" evolutiva umana, troviamo una varietà di ipotesi che scovano l'origine dell'aggressività in fattori psicologici, ambientali o sociali.

Una delle più note e riprese teorie miste sull'aggressività è quella di Dollard (et al) formulata nel 1939 secondo la quale la presenza di frustrazione è sempre seguita da una qualche forma di atto aggressivo. (Dollard et al, 1939).

Seppur con alcune specifiche in merito alla dinamica tra atto aggressivo e frustrazione la semplicità dell'assunto di base fece la fortuna della formulazione.

Lecture successive della ipotesi frustrazione-aggressività (Berkowitz, 1989) propongono un allentamento dello stretto nesso tra frustrazione e aggressività proposto da Dollard sostenendo che le frustrazioni possono elicitare inclinazioni aggressive perchè avverse ai desideri e bisogni dell'individuo; in tal senso un fallimento imprevisto crea una maggiore istigazione all'aggressività di un fallimento previsto.

Lo stesso Freud di fronte alla complessità del fenomeno si trovò più volte a rimaneggiare le sue teorie. In una prima versione le spinte all'aggressività e la "pulsione di morte" sono la medesima cosa, una tendenza a cercare la calma/pace anche a costo della distruzione. Inizialmente la pulsione di morte viene reinterpretata come un principio e non più come pulsione lasciando *Eros* come primaria energia psichica. (1920) ma in scritture successive il principio di morte si riconduce al costrutto di silenzio incontrando non poche difficoltà nell'integrazione con il resto dell'impianto teorico freudiano nel quale l'aggressività sia internalizzata che esternalizzata non è mai silente. (Lind Lis, 1991).

Nonostante il numero di revisioni, il principio della pulsione di morte fu spunto di riflessione per diversi psicoanalisti successivamente, una su tutti Anne Freud che analizzò gli impulsi aggressivi in relazione allo sviluppo tipico e atipico durante l'infanzia. (Anne Freud, 1947)

Negli anni si sono accumulati i tentativi, seppur non conclusivi, di definire le cause della violenza: tra le maggiori troviamo la presenza di tecnologie di distruzione avanzate (Richardson, 1960), i repentini cambiamenti sociali (Denton and Phillips, 1971), la deresponsabilizzazione burocratica degli individui (Arendt, 1970), la distanza tra la società reale e quella possibile (Denton and Phillips, 1971), le



aspirazioni frustrate dalle circostanze (Etzioni,1968), imitazione e stili parentali (De Rosis, 1971) ma anche pericolo immediato (Lowry and Rankin, 1972) e molto altro.

### *2.1. La violenza secondo J. Galtung*

Un utile strumento per comprendere il fenomeno della violenza ci viene fornito dai peace studies di cui Johan Galtung è un fondatore. Galtung (1969), con lo scopo di definire e favorire la promozione della pace, introduce una tassonomia della violenza nelle sue sfumature e diverse espressioni. Questa categorizzazione favorirà poi un altrettanto fondamentale dibattito sulla definizione di violenza e aggressività in quanto termini culturalmente definiti (Zamperini, 2014) .

La definizione di violenza infatti varia molto dal contesto e dall'opinione dei parlanti, tanto che l'unico tratto comune è che sia un fenomeno negativo. (Blumenthal et al,1972). Di fondamentale importanza è notare una scelta semantica agita da questi autori dagli anni '60: i termini aggressività e violenza non vengono usati intercambiabilmente, seppur nella loro similitudine. La violenza infatti viene definita, genericamente, come un insieme di azioni che causano danni a persone e/o cose, il termine aggressività d'altro canto non è investito di una connotazione morale così decisa infatti, includendo anche la violenza, comprende azioni più o meno palesemente aggressive ma anche di azioni decise e assertive o comportamenti intrusivi. (Etzioni,1971).

Più nello specifico l'aggressione viene spesso definita come un comportamento agito con l'obiettivo di danneggiare un'altra persona motivata a evitare tale danno, può essere reattiva o proattiva, ostile o strumentale, diretta o indiretta, pianificata o impulsiva (etc) mentre la violenza viene spesso definita come un caso specifico di

aggressione nel quale l'obiettivo è procurare un danno grave. (Allen e Anderson, 2017)

Con lo svilupparsi degli studi le definizioni di violenza sono diventate via via più sofisticate: alcuni autori quale per esempio De Rosis (1971) definiscono la violenza come l'utilizzo della forza con scopi distruttivi, altri si focalizzano sugli scopi della violenza definendola come l'uso di forza per perseguire un fine (Langness, 1972), altri ancora restringono il campo definendola come l'uso della forza, effettivo o in forma di minaccia, che può creare danno fisico (Lowry and Rankin, 1972).

Lo stesso Galtung (1969) prova a definire la violenza sottolineando come sia indispensabile una concettualizzazione estesa di violenza, per questa ragione la violenza viene definita come «la causa della differenza tra il potenziale e lo sviluppo effettivo».

La definizione, così ampia, necessita di successivi approfondimenti; Galtung propone specificazioni che permettono di comprendere meglio cosa cade nella definizione di violenza. La prima e più nota sottolinea la differenza tra violenza fisica e psicologica dando legittimità anche alla seconda forma, non solo uno scontro fisico può essere definito come violenza ma anche varie forme di pressioni psicologiche si configurano come tale. L'introduzione del concetto di violenza psicologica permette l'autore di parlare anche di una seconda specificazione: la violenza non è presente solo quando è presente un oggetto sul quale ricade l'atto violento ma anche la minaccia di un atto violento è da considerarsi violenza in quanto in quanto causa di effetti anche importanti sugli individui/sulla popolazione.

Un'ulteriore distinzione è quella tra approccio positivo o negativo verso l'influenza sociale: una persona può essere influenzata non solo con punizioni nel caso di comportamenti indesiderati ma anche con rinforzi positivi a comportamenti

desiderabili. Con questo punto Galtung mostra come la violenza sia diffusa anche nelle più comuni azioni e come l'intero sistema sociale sia basato sulla punizione (e dunque sulla violenza) piuttosto che sul premio e sull'educazione positiva.

Il quarto appunto di Galtung introduce un concetto centrale al suo pensiero; interrogandosi sulla possibilità di violenza senza soggetto performante si introduce il concetto di violenza strutturale: quando una persona agisce violenza in modo diretto si può parlare di violenza personale ma quando il soggetto agente manca la violenza può essere intrinseca alle strutture sociali.

A queste specifiche si aggiungono le coppie/diadi di intenzionale/non intenzionale e manifesta/latente. Queste due ulteriori differenziazioni sono complementari alla concettualizzazione di violenza strutturale mostrando come la violenza possa permeare la società senza essere notata.

Nel 1990 Galtung ha aggiunto una nuova categoria di violenza riprendendo la diade personale/strutturale ed integrandola con il concetto di "violenza culturale" definita come lo sviluppo di una cultura che giustifica la violenza in atto. (Galtung,1990)

Galtung immagina la nuova triade di violenza strutturale, diretta e culturale come in continua relazione, rafforzandosi vicendevolmente e fomentando nuove forme di violenza sempre più estreme: quando la violenza è strutturale e la cultura della violenza interiorizzata dalla popolazione, la violenza diretta diviene ritualistica e ripetitiva tanto da divenire essa stessa istituzionalizzata e nuovamente giustificata.

L'autore però non perde occasione per sottolineare come questa relazione possa essere sfruttata anche a favore della popolazione innescando circoli virtuosi per promuovere la non violenza.

### 2.3. Butler e la nonviolenza

Il costrutto di violenza strutturale e culturale è approfondito anche da Butler (2020) in "La forza della nonviolenza", Butler mostra infatti come la definizione strumentale di cosa sia violenza da parte di coloro che detengono potere politico e culturale sia un tentativo di monopolizzare l'uso della forza a proprio favore; l'esempio più eclatante è la sematizzazione dell'espressione pacifica del dissenso come atto violento al fine di giustificarne la repressione violenta inquadrandola come autodifesa di stato.

Altro quesito posto da Butler è come sia possibile comprendere fino a fondo il fenomeno della violenza; a tal proposito l'autrice analizza uno strumento popolare quale quello di identificare gruppi vulnerabili e offrire loro protezione e tutela, in un rapporto paternalistico di dipendenza dei gruppi rispetto alle autorità. «Ciò che sembra chiaro è che, nonostante sia molto importante ripensare alla vulnerabilità e dare maggiore spazio alla cura, né la vulnerabilità né la cura possono costituire il fondamento della politica». (Butler, 2020). Il rischio infatti di definire interi gruppi come "vulnerabili" sta nel togliere dignità alle lotte dei gruppi stessi relegandoli a un ruolo sociale di assistiti senza agency.

Tra i soggetti vulnerabili contiamo spesso anche soggetti femminilizzati, il cui femminicidio è solo l'estrema rappresentazione della violenza e discriminazione sistemica a cui sono sottoposti. Parlare di donne e soggetti femminilizzati come gruppo vulnerabile ha il pregio di evidenziare la natura sistemica della violenza ma pone ancora maggiore enfasi sulla necessità di raccontare la vulnerabilità non come una caratteristica (immutabile) dell'individuo ma come qualità delle relazioni sociali che si giocano nel quotidiano, caratteristica che si affianca a resistenza, resilienza, persistenza e rabbia delle persone coinvolte. Questa resistenza emerge in corpi persistenti e significanti, che vengono violati sistematicamente.

Nel momento nel quale iniziamo a pensare la violenza come qualcosa che possa essere letta nelle significazioni che costruiscono i corpi è possibile iniziare a parlare di violenza con un ulteriore sfumatura semantica: non più violenza solo come espressione della forza (dal latino vis) ma come violazione di uno spazio, di un corpo, di un patto sociale. (Bufacchi, 2005).

#### 2.4. La violenza ostetrica

Dopo aver ripercorso, per quanto in modo parziale, gli studi prima dell'aggressività e poi più nello specifico di violenza e violazione, possiamo procedere nella trattazione parlando dello specifico fenomeno oggetto della trattazione in atto: la violenza ostetrica.

L'argomento verrà delineato seguendo due direttrici: da un lato il modello triadico di Galtung che complessifica il fenomeno mostrandone le diverse modalità di espressione (strutturale, culturale e personale) dall'altro la riflessione di Butler sulla vulnerabilità e sulla incarnazione della violenza.

Il termine violenza ostetrica viene definito legalmente per la prima volta in Venezuela nel 2007 all'interno di un documento nazionale che identifica diverse fonti di violenza nella vita delle donne al fine di combatterle. La violenza ostetrica dunque si configura come «l'appropriazione del corpo delle donne e dei processi riproduttivi da parte del personale sanitario espresso con trattamenti inumani, abuso di medicalizzazione e patologizzazione di un processo naturale che ha come risultato la perdita di autonomia e abilità di decidere liberamente del proprio corpo e della propria sessualità con impatto negativo della qualità di vita delle donne.» (República Bolivariana de Venezuela 2007).

In ambito medico vengono preferiti termini quali "umanizzazione del parto" o "promozione dei diritti umani delle donne" per parlare di interventi che vadano a contrapporsi alla violenza ostetrica.

Troviamo le prime trattazioni in merito alla violenza ostetrica già alla fine degli anni '90 (Castro, 1999) nelle quali viene evidenziata l'urgenza e la globalità del problema.

La violenza ostetrica viene presa in considerazione dall'organizzazione mondiale della sanità per la prima volta nel 2015 e nel 2016 viene identificata come una pratica che lede il diritto delle donne al diritto alla salute. In molte nazioni, non esclusivamente a basso reddito, non sono prese in considerazione le migliori evidenze scientifiche per la gestione delle cure durante il parto, le quali vengono sostituite da prassi e convinzioni locali (Sadler, 2016 ). Un esempio di questo fenomeno è l'altissimo tasso mondiale, in esponenziale crescita nei paesi ad alto reddito, di episiotomie e cesarei non necessari.

L'intervento dell'Organizzazione Mondiale della sanità ha sicuramente il vantaggio di aver evidenziato un problema medico-sanitario diffuso a livello globale ma fallisce nel mostrare la violenza ostetrica non solo come abusi e mancanza di rispetto ma come una problematica di natura sistemica e culturale, che fonda le proprie radici nella violenza di genere.

«Gender has been central to the conceptualisation of the term obstetric violence. Although it has been often used as a synonym for disrespect, abuse and mistreatment during childbirth, we argue that obstetric violence has the potential for addressing the structural dimensions of violence within the multiple forms of disrespect and abuse.» (Sadler, 2016)

Lo sbilancio di potere tra personale medico-sanitario e pazienti è specchio e riproduzione del potere biomedico, come esplicitato nel capitolo precedente in merito alla medicalizzazione del parto (Foucault, 1969).

Inquadrare il problema della violenza ostetrica come un fenomeno strutturale e non esclusivamente come una pratica individuale permette anche di evitare di concentrare la colpa sugli operatori sanitari (Jewkes and Penn-Kekana, 2015) i quali possono rivelarsi importanti alleati nella lotta a questa forma di violenza.

La violenza ostetrica è quindi strutturale ed è perpetuata a causa di un mito fondante di "buona madre" e dalla vergogna che vi si connette.

Alla strutturalità della violenza ostetrica si aggiunge la sua dimensione culturale basata sulla "vergogna dell'oppresso" (Bartky, 1990), durante il parto il corpo della donna si trasforma simbolicamente in un corpo di madre ed a questa metamorfosi si associa la richiesta di totale annullamento dei propri bisogni a favore di quelli del bambino. (Cohen-Shabot and Korem , 2020) L'atto di violenza ostetrica si pone inoltre come ostacolo alla costruzione di sé come buona madre aggiungendo senso di colpa per ciò che viene vissuto come un fallimento di "uno dei maggiori compiti (simbolici) della femminilità. «[...] pain and suffering are perceived as integral to childbirth, and childbirth is perceived as a routine, even compulsory, process for women, the experiences, particularly the violent experiences, of laboring women go unrecognized by both the women's immediate community and the medical staff.» (Cohen-Shabot and Korem , 2020). Ed è così che il paragone con altre madre percepite come "di successo" diviene un motivo di silenziamento e autocensura che limita le capacità narrative delle donne che subiscono questo tipo di violenza.

## Capitolo III: **La Ricerca**

### 3.1. *Scopi*

La ricerca si pone come obiettivo lo studio del fenomeno della violenza ostetrica inteso come fenomeno complesso, osservabile secondo diversi costrutti: dalla violenza personale agli abusi medici. Per questa ricerca ho deciso di inquadrare la violenza ostetrica come una forma strutturale di violenza (Galtung, 1969) in quanto non limitata a un danno fisico, sessuale o psicologico. (Stanko, 2001. Morales, 2018. Sadler, 2016) La strutturalità della violenza ostetrica si innesta nel fenomeno trasversale che è la violenza di genere (Facio, 2005).

La definizione di violenza ostetrica, formalizzata per la prima volta in Venezuela nel 2007 evidenzia l'appropriazione da parte di terzi dei processi riproduttivi femminili, la perdita di autonomia decisionale delle partorienti, l'abuso e la deumanizzazione delle donne che si trovano in un rapporto di potere svantaggiato con il personale medico-sanitario.

La strutturalità del fenomeno della violenza ostetrica ci permette anche di prendere in considerazione una seconda chiave di lettura che include le problematiche organizzative e culturali (e di abuso nei servizi sanitari). (Morales, 2018).

La ricerca si pone quindi l'obiettivo di indagare il fenomeno della violenza ostetrica, le sue cause e le sue conseguenze personali e sociali. In particolare la ricerca si potrebbe articolare in tre domande minori

- 1) quali sono i repertori narrativi utilizzati dalle donne che ritengono di aver subito violenza ostetrica per descrivere la propria esperienza?
- 2) quali sono i repertori narrativi utilizzati dal personale medico sanitario per descrivere il fenomeno della violenza ostetrica?



3) Quale ruolo ha la narrazione sociale del fenomeno sugli attori coinvolti nel fenomeno?

### *3.2. Disegno di ricerca e metodi di raccolta*

La ricerca si compone di due parti: una prima nella quale sono state svolte interviste episodiche con donne che ritenessero di aver subito violenza ostetrica, la seconda parte invece si compone di due focus group partecipati da personale sanitario e medico (anche in formazione) che abbia prestato servizio in reparto di ginecologia e ostetricia.

La scelta di non fermarsi alla raccolta delle testimonianze delle partorienti ma procedere con un confronto con il punto di vista del personale medico-sanitario ha origine dal desiderio di raccontare la complessità del fenomeno della violenza ostetrica nel modo più ampio possibile, con l'aspirazione futura di poter utilizzare questi dati per favorire il cambiamento sociale mettendo in comunicazione le persone che subiscono il fenomeno con coloro che possiedono potere ed agency nei luoghi dove i fatti avvengono. Ho riconosciuto nel personale medico sanitario il ruolo di stakeholder nel fenomeno e per questa ragione ho chiesto alle partecipanti di produrre ipotesi di cambiamento basate sulla loro esperienza diretta e situata del parto. Oltre a un ruolo di agency ho voluto tenere in considerazione il peso emotivo che le ostetriche in particolare devono gestire in ambito lavorativo, soprattutto nella gestione di situazioni a rischio. (Halperin, 2011)

### *3.3. Le interviste*

Le interviste sono state condotte a partire dalla domanda "Vorrei che mi raccontassi la tua esperienza di parto a partire da ciò che preferisci", ricalcando la formula

suggerita da Bertaux (2003) in “Racconti di vita” per condurre interviste narrative restringendo però il focus della narrazione ad un evento specifico della vita delle partecipanti. Come suggerito da Mueller (2019) le interviste episodiche narrative hanno lo scopo di comprendere meglio un fenomeno per mezzo di storie individuali di esperienze. «As such, an episodic narrative interview participant provides nested narrative accounts of their experiences with a social phenomenon, within the context of a bounded situation or episode» (Mueller, 2019).

La forza delle interviste episodiche narrative infatti sta nel permettere al narratore di situare la propria esperienza all'interno del contesto socioculturale definito nel tempo favorendo una narrazione multifattoriale e stratificata degli eventi e producendo così quella che Geertz definirebbe una thick description. (Geertz, 1973. Freeman, 2014)

L'intervista episodica infatti permette di coniugare l'ampiezza dell'intervista narrativa con la necessità di ricerca di specificità, focalizzandosi su un'esperienza in particolare.

In linea con le altre tipologie di interviste non strutturate, un'intervista episodica narrativa delega la scelta del contenuto della narrazione al soggetto narrante. Seppure si diano dei limiti tematici fissati per mezzo della domanda che restringe il campo di narrazione, la scelta ultima di quali contenuti selezionare è dell'intervistato. La selezione dei contenuti narrati da parte dei partecipanti durante l'intervista, seppur soggetta a influenze quali il contesto e il rapporto con l'intervistatore (Rapely, 2001), è fondamentale perché la narrazione stessa è uno strumento con il quale gli individui si orientano nel mondo dando senso alle esperienze vissute. L'intervista non rappresenta solo una modalità di espressione ma può funzionare anche da strumento di riflessione per un'ulteriore rielaborazione dell'esperienza in relazione con colui che conduce l'intervista. (Muylaert, 2014). Consapevole del peso che il

proprio ruolo può avere sulla narrazione, l'intervistatore deve aver cura di rispettare il linguaggio scelto dal narratore, seppure la scelta possa non essere sempre intenzionale la selezione lessicale può essere un mezzo per veicolare significati e sfumature. Il linguaggio infatti non è mai neutro ma performativo perché strumento attraverso il quale un individuo si presenta all'altro. (Rapley, 2001)

Per questa ragione è essenziale durante la conduzione di interviste essere consapevoli della relazione che naturalmente si crea, nel caso specifico infatti ho distintamente percepito che la mia presentazione di genere come femminile sia stata una caratteristica fondamentale nel creare la necessaria confidenza al processo di intervista. Data la natura genderizzata dell'esperienza di parto, le partecipanti infatti hanno fatto riferimento ad alcune esperienze presupponendo che le medesime potessero essere condivise anche dalla sottoscritta. La consapevolezza della co-costruzione della narrazione e dell'influenza non indifferente dell'intervistatore e della sua sensibilità sono elementi necessari alla conduzione efficace di un'intervista volta alla produzione di dati attendibili. (Williams, 1964).

Come ricordato da Kvale (1983) la scelta di utilizzare lo strumento delle interviste non strutturate è ciò che permette di ottenere dei racconti descrittivi e non filtrati attraverso le lenti di lettura applicate dall'intervistatore. L'intervista si pone l'obiettivo di ottenere una descrizione del fenomeno a partire dal "mondo di vita" dell'intervistato e per questa ragione è importante che l'intervista sia condotta senza che i presupposti teorici dell'intervistatore siano influenti sulla narrazione. L'apertura a possibili nuove letture del fenomeno studiato, opinioni diverse dalla propria o anche ambiguità e contraddizioni interne alla narrazione sono strumenti essenziali per la conduzione dell'intervista (Kvale, 1983).

La libertà garantita alle partecipanti di autodeterminare i contenuti delle narrazioni è una risorsa che permette osservare le scelte narrative delle partecipanti, le informazioni che decidono di esprimere con maggiore enfasi, permette inoltre di ottenere una maggiore comprensione delle risorse sociali in gioco nel racconto (Chase, 1996) ma apre anche al rischio di incoerenza interno alla narrazione stessa; seppure la tendenza comune sia quella di considerare l'incoerenza interna come un problema i punti di discordanza sono risorse utili a studiare più approfonditamente la molteplicità del punto di vista del narratore. Inoltre diverse opinioni espresse possono rappresentare punti di riflessione in merito all'immagine che la persona intervistata vuole trasmettere di sé. Come suggerito precedentemente, infatti, sia fattori socio-culturali che la natura relazionale dell'intervista sono elementi di influenza sulla narrazione. (Hartman, 2015).

La costruzione della narrazione infatti non è lineare ma, come l'identità, è integrativa. L'identità, di cui la narrazione può essere riflesso, infatti può essere contraddittoria, contestuale, multidimensionale, situata, incarna. (Butler, 1999. Gergen, 1991. Benhabib, 1992; Butler et al., 1995) Come evidenziato da Gergen (1991), l'identità non è una sintesi ma un dilemma.

Le 19 interviste sono state condotte a distanza tramite chiamate telefoniche o videochiamate zoom.

La scelta metodologica di condurre le interviste in modalità telematica è dovuta sia dalla necessità di accomodare le esigenze delle partecipanti di cui la maggior parte donne con figli in età prescolare che avrebbero faticato ad accordare un'intervista face to face ma anche dal periodo di svolgimento delle interviste che si è protratto lungo gran parte del 2021, anno nel quale si sono susseguiti periodi di limitazione della circolazione.

Inoltre l'utilizzo di mezzi di comunicazione telematici mi hanno permesso di coinvolgere donne provenienti da regioni d'Italia per me remote, che non avrei potuto intervistare altrimenti.

La scelta del mezzo di comunicazione tra chiamata o videochiamata è stata lasciata alle partecipanti per permettere loro di decidere quale fosse il metodo a loro più congeniale e che le mettesse più a loro agio.

La perdita di indicatori non verbali nella intervista condotta telefonicamente è sicuramente un limite del mezzo come sottolineato da Glogowska et al (2011) ma ho ritenuto che il rispetto delle esigenze delle partecipanti fosse prioritario. Inoltre il mezzo telefonico ha ovviato a problemi quali scarsa connessione internet o problemi di software che sarebbero potuti accadere con l'utilizzo di videochiamate.

Ho comunque voluto mantenere la modalità zoom come alternativa per mantenere almeno in parte delle interviste la componente visiva dell'interazione. (Janghorban, 2014)

Le interviste episodiche si sono rivolte a donne che ritenessero di aver subito violenza ostetrica durante il parto. La scelta lessicale nel descrivere le partecipanti come persone che "ritengono" di aver subito violenza ostetrica non vuole essere un modo per screditare il racconto ma vuole evidenziare come questa trattazione non sia sede di giudizio nel definire se e come l'esperienza narrata sia effettivamente violenza. Inoltre la difficoltà o esitanza di alcune partecipanti a definire la propria esperienza come violenza si dissipava nel momento nel quale fosse chiaro che non era necessaria una prova giudiziaria del racconto poichè focalizzato sull'esperienza emotiva.

La ricerca infatti si pone come obiettivo quello di indagare la percezione di violenza e le categorie di narrazione usate per la descrizione dell'esperienza stessa.

L'argomento di esperienze negative sul parto è tuttora un tabù o quantomeno un argomento poco discusso soprattutto con persone che non abbiano partorito, per questa ragione ho dovuto adottare un reclutamento di convenienza, il maggiore strumento di promozione della ricerca sono stati due gruppi Facebook: "Violenza ostetrica-esperienze a controllo" e "Rinascere al naturale". Entrambi i gruppi sono molto attivi e forniscono alle partecipanti uno spazio (che vorrebbe essere) sicuro di discussione e confronto. I gruppi si sono rivelati per me una preziosa risorsa per familiarizzare con la tematica dal punto di vista contenutistico e lessicale, oltre che a rappresentare il principale luogo di reclutamento di volontarie.

Una parte delle partecipanti sono state raggiunte tramite passaparola grazie all'attivazione di partecipanti stesse che mi hanno fornito nuovi contatti. Le donne totali a partecipare alle interviste sono state 19 con esperienze che si collocano temporalmente tra i pochi mesi precedenti all'intervista a 14 anni.

#### *3.4. I focus group*

Muylaert (2014) sottolinea come la narrazione sia centrale non solo alla trasmissione dei contenuti ma sia uno strumento attraverso il quale è possibile creare narrazioni collettive e condivise.

Per questa ragione ho ritenuto idoneo non concludere la ricerca con le sole interviste ma utilizzare questa narrazione collettiva emersa dalle 19 interviste mettendola in relazione con il punto di vista di lavoratrici sanitarie e mediche auspicando di trovare dei punti di comunicabilità tra i due punti di vista. La seconda fase di ricerca si è composta di due focus group ai quali hanno partecipato complessivamente 7 persone di cui cinque ostetriche, una ginecologa e una specializzanda in ginecologia, entrambi di una durata di circa 90 minuti.

Questa seconda fase di ricerca ha come scopo principale l'esplorazione del tema della violenza ostetrica dal punto di vista del personale medico-sanitario.

Come evidenziato da Morgan (1998) e Barbour e Kitzinger (1999) il focus group è un metodo che ben coglie motivazioni e comportamenti complessi, delicati o personalmente salienti.

La discussione in gruppo favorisce il confronto tra i membri del focus group, facilitando l'espressione delle proprie emozioni e opinioni (Zammuner, 2003) . In particolare nel trattare un tema controverso come la violenza ostetrica ho prestato particolare attenzione alla formazione di un ambiente amichevole e il più possibile accogliente, ribadendo la garanzia di anonimato per le partecipanti e cercando di favorire lo scambio verbale dedicando la parte iniziale del focus group alle presentazioni delle volontarie e esplicando un atteggiamento non giudicante e colpevolizzante da parte mia.

La scelta del metodo è inoltre motivata dal desiderio di raccogliere il punto di vista delle partecipanti in quanto professioniste, per questa ragione ho cercato di promuovere la discussione a partire dalle esperienze lavorative.

La specificità del focus group di produrre discussioni di gruppo rende a tutti gli effetti un prodotto collettivo il dato testuale che ne deriva. (Smithson, 2000).

La collettività del focus group è sicuramente un fattore fondamentale nell'analisi dei dati che vi si producono, nonostante l'interazione duri solo 90 minuti le dinamiche che vi si creano possono essere preziosi spunti di riflessione per la comprensione dei significati che ne emergono. (Wilkinson, 1998).

Come per le interviste, non si può paragonare la discussione nel focus group alle discussioni che quotidianamente i soggetti portano avanti nelle loro vite, la presenza del mediatore non è trascurabile sin dall'artificialità dovuta alla costruzione del

setting fino agli effetti di desiderabilità sociale e peso delle aspettative che la dimensione gruppale introduce. Come mediatore inoltre è importante ricordare, in modo simile alle interviste, di essere aperti all'inaspettato: la preparazione del focus group, soprattutto quando non viene strutturato in modo rigido come quello condotto in questa ricerca, non permette una previsione dei temi trattati.

La discussione infatti, dopo le presentazioni e le rassicurazioni iniziali, si è attivata su stimolo della domanda del mediatore "Come definireste il costrutto di violenza ostetrica". Questa prima domanda ha permesso di attivare tutte le partecipanti nel tentativo di definire i termini e ha permesso un'iniziale creazione di un linguaggio condiviso. La seconda domanda invece si proponeva di stimolare l'ideazione di soluzioni/modifiche/possibilità per affrontare il fenomeno della violenza ostetrica nelle prassi lavorative quotidiane.

Le professioniste che hanno partecipato alla ricerca sono state contattate in parte grazie a contatti sviluppati nel corso della prima parte della ricerca e in parte grazie al passaparola delle partecipanti stesse che hanno coinvolto colleghe che sapevano essere interessate al tema e ben motivate.

La fase di reclutamento di questa seconda parte di ricerca è stata più complicata della precedente, come mi è stato comunicato successivamente da alcune partecipanti spesso è sconsigliato alle professioniste di parlare del tema e molte temono un approccio giudicante e accusatorio che le vede esclusivamente come colpevoli.

### *3.5. Analisi dei dati*

Ottenuti i dati testuali, sia da interviste sia da focus group, ho voluto procedere con un'analisi del materiale basata sulla grounded theory, utilizzando principalmente



strumenti quali codifica, categorizzazione e comparazione tra i testi. (Corbin and Strauss, 2015). La codifica concettualizza il contenuto delle interviste secondo un principio di similitudine tra fenomeni narrati, la categorizzazione procede invece con un livello di astrazione ulteriore, raggruppa per similitudine diverse concettualizzazioni creando temi comuni grazie ai quali è possibile produrre ipotesi. (Pandit, 1996)

Utilizzare un approccio costruttivista (Lincoln, Lynham & Guba, 2011) significa ambire alla possibilità di accedere al "sé autentico" dei partecipanti tramite le interviste. Le interviste sono infatti uno strumento che ben si presta al tentativo di "accedere all'universo culturale e alle sue assunzioni morali" dell'individuo perchè permette l'emersione di significati non filtrati dalle decisioni del autore della ricerca ma, come evidenziato più volte precedentemente, garantisce la libertà di scelta nei contenuti e nel linguaggio. (Silverman 1993)

La trascrizione delle interviste è un passaggio fondamentale all'analisi, le interviste vanno riportate in modo fedele, con una particolare attenzione per indicatori non verbali. Nel caso specifico, le interviste condotte tramite zoom hanno mantenuto l'aspetto visivo della comunicazione nonostante la distanza, nelle interviste telefoniche invece mi sono concentrata sulle pause e sui tentennamenti durante il discorso.

La fase iniziale dell'analisi delle interviste e dei focus group è stata svolta con il programma Atlas.ti al fine di evidenziare le categorie di significato nella narrazione dell'esperienza personale o professionale di violenza ostetrica.

Per ovviare a un'eccessiva e non consapevole influenza dei propri bias e delle proprie supposizioni sul fenomeno ho adottato ciò che viene definito da Hycner (1985) "bracketing and phenomenological reduction". Il giudizio personale del

ricercatore sul fenomeno va sospeso quanto più possibile al fine di cogliere le categorie utilizzate dal narratore, categorie che siano basate sul suo mondo emotivo-culturale. Necessaria alla sospensione del giudizio è anche la consapevolezza delle proprie supposizioni, a tal fine Hycner consiglia di esplicitarle e tenerle in considerazione durante l'analisi.

Le interviste vanno analizzate come un tutt'uno, una gestalt per poter cogliere la complessità del fenomeno e per poter poi raccogliere le concettualizzazioni in cluster di significati coerenti e non ridondanti. (Giorgi, 1975)

Dopo una prima fase di analisi contenutistica uguale per le interviste e per i focus group, il processo si differenzia.

Lavorando sui dati raccolti tramite non è possibile fermarsi ad una mera analisi dei contenuti, il peso che fattori esterni al discorso quali la desiderabilità sociale, il rapporto dialogico tra intervistato e intervistatore e la possibilità di molteplici posizionamenti (apparentemente contraddittori) presuppongono una costruzione complessa della narrazione che non si dà in modo limpido ed immediato.

“Even in the same person within a single interview - may contradict him/herself; and that participants do not all see the world as researchers do. These contradictions are the stuff of qualitative analysis and tough choices qualitative researchers need to explore” (Daiute, Fine 2003).

Questa opacità della narrazione non va intesa come un limite ma come una risorsa ulteriore di analisi.

Le narrazioni infatti, nei contenuti, nelle modalità e nelle contraddizioni con le quali vengono esposte, fanno parte non solo della storia e della percezione delle persone che le raccontano ma sono anche parte costituente della loro identità (Hyden, 1997).

“The stories people tell are important not only because they offer an unmatched

window into subjective experience, but also because they are part of the image people have of themselves. These narrative self representations exert enormous power. They shape how we conduct our lives, how we come to terms with pain, what we are able to appropriate of our own experience, and what we disown - at the familiar price of neurosis. (Ochberg 1988)

Le teorie postmoderne dell'identità infatti hanno abbandonato l'idea di una costruzione lineare dell'identità, autori come Butler (1999), Gergen (1991) o Benhabib (1992) hanno abbandonato il principio di coerenza a favore di una maggiore fluidità.

Gergen, in particolare, ha sostenuto come le identificazioni possano essere multiple, contestuali ed indelebilmente contrattate in dinamiche di potere. Per questa ragione una maggiore attenzione alle "contraddizioni" interne alle narrazioni raccolte grazie alle interviste sono essenziali a coglierne il significato poiché relative ad un evento traumatico, caratterizzato da aspettative sociali di enorme gioia e da un rapporto di potere sbilanciato con il personale medico e sanitario curante.

Per fare ciò è necessario prestare attenzione a pattern ricorrenti interi alla narrazione e tra narrazioni diverse, figure retoriche e metafore possono essere strumenti essenziali a cogliere importanti sfumature di significato: i repertori discorsivi (Edley, 2001)

Per i focus group invece, vista il loro ruolo esplorativo dentro a questa ricerca, è stato applicato il primo livello di analisi contenutistico per poi procedere con un'analisi delle interazioni tra le partecipanti. La natura relazionale e dialogica del focus group infatti necessita di un'attenzione specifica. (Dilshad, 2013).

Seppur entrambe le raccolte dati e le analisi sono state eseguite con la maggiore attenzione e premura possibile, la natura contestuale delle interviste e dei focus

group richiedono una maggiore attenzione nel processo di generalizzazione dei risultati: il campione ristretto e non randomizzato, la quasi impossibilità a replicare i dati e l'influenza dell'intervistatore sono alcuni dei fattori più influenti in merito. (Hycner, 1985).

## Capitolo IV: ***Risultati della ricerca***

Il capitolo di analisi dei dati narrativi si struttura in diverse parti: una prima di analisi che si focalizza sulla prima domanda di ricerca per cercare di mettere in luce i repertori narrativi utilizzati dalle donne che ritengono di aver subito violenza ostetrica nel descrivere la propria esperienza. La seconda parte invece si concentra sull'analisi dei focus group svolti con il personale medico-sanitario al fine di mettere a confronto i repertori narrativi da loro utilizzati per raccontare il medesimo fenomeno.

### 4.1. *Le aspettative*

Il momento della gravidanza è un momento carico di aspettative, il periodo di attesa al parto si configura come un momento di preparazione allo stesso. In gravidanza vengono proposti corsi preparto, letture specifiche e visite ginecologiche regolari alle quali si aggiungono relazioni sociali che si modificano ed evolvono in funzione allo stato della futura madre.

L'attesa del parto e le aspettative relative si intrecciano con il proprio vissuto personale, con le relazioni significative della futura madre, con le narrazioni del parto che circolano nella sua sfera sociale e familiare. Per sottolineare la diversità delle esperienze presentate propongo due estratti narrativamente opposti: da un lato R. racconta «Al di là dell'impazienza che è stancante io non avevo nessuna fretta né paura di partorire, forse anche perché per una cosa mia ho sempre avuto questo grande desiderio di fare un parto naturale, non in maniera ossessiva perché c'è chi va contro tutto per il naturale, però sapevo di poterlo fare, di poterlo gestire e di poter vivere tutta l'esperienza» (R.). Altrettanto valida è l'esperienza di F. che racconta «Io sono andata totalmente impreparata, nel senso che poi uno evita di leggere

quando... almeno nel mio caso io ho avuto una negazione fino all'ultimo di dover partorire perché avevo una fobia.»

Le variabili che si presentano nel raccontare l'esperienza della gravidanza sono molte: l'età, la fisiologicità della gravidanza e la rete di supporto della futura madre né sono un esempio.

L'età può essere infatti vissuta come un fattore di rischio, un elemento che richiede una maggiore attenzione anche quando la gravidanza è fisiologica e senza particolari complicazioni, come raccontato da M. : «Io ho 38 anni, ho partorito che ne avevo 37 quindi, come posso dire, primo figlio cercato.. con impegno. Un'età delicata, comunque, per certi versi perché non hai più 25 anni dove è tutto liscio. Anche se in realtà non è così ma comunque c'erano sicuramente delle delicatezze.»

Quando entrano in gioco altri fattori di rischio quali precedenti aborti spontanei o problematiche di salute personali della donna in gravidanza l'attesa del parto diviene prevedibilmente ancor meno serena.

G. racconta come l'ansia abbia fatto parte della sua esperienza di gravidanza: «Quando sono rimasta incinta a luglio ho avuto un aborto spontaneo all'ottava settimana quindi quando poi finalmente a settembre, fine settembre diciamo, sono rimasta incinta della mia terza bambina ero un po' un mix di emozioni: tra paura e felicità perché finalmente ce l'avevo fatta ma avevo il terrore di perderla di nuovo».

Il rischio di aborto spontaneo e la conseguente esperienza di medicalizzazione della gravidanza vengono raccontati da L. come una necessità ma non per questo meno impattante sul proprio benessere psicologico. «Questi 40 giorni sono stati da una parte vissuti come un momento necessario per garantire al mio bambino la salute e la sicurezza di poter nascere sano [...], d'altra parte per me, sul mio corpo, sulla mia vita sono state un momento molto difficile e molto pesante sebbene in quei

momenti io non avevo non vivessi uno stato psicofisico di comunque di depressione.»

La medicalizzazione della partoriente viene evidenziata come una nota stonata anche da R. che racconta di non comprendere la necessità di “comportarsi da malata” rimanendo a letto e indossando il pigiama in attesa dell’induzione del travaglio. I. racconta «seppur io mi sentissi bene mi trattavano come una malata perché comunque dovevo stare a letto [...] eppure le analisi erano sempre perfette le ecografie perfette ogni mese ecografie... un incubo.»

La comprensione delle motivazioni alle limitazioni sembra dunque essere un fattore fondamentale all’accettazione e alla percezione delle diverse norme di comportamento, senza che queste vadano eccessivamente a intaccare il benessere emotivo della futura madre.

In tal senso si evidenzia nella maggior parte delle interviste il bisogno di comprendere i processi in atto durante la gravidanza e durante il parto; le informazioni vengono percepite come uno strumento fondamentale per prendere decisioni informate e consapevoli, per sentirsi in controllo della situazione, a partire dalla scelta della struttura ospedaliera di elezione per il parto, come raccontato da M. che spiega come prima abbia seguito non uno ma ben due corsi preparto per poi scegliere quello che sentiva essere l’ospedale più congeniale alle sue esigenze: «Mi interessava avere un certo tipo di parto, un ospedale amico della mamma, un approccio attento per far partire l’allattamento in un certo modo, e quindi ho visitato diverse strutture qui in città» (M.)

Il bisogno di informazioni non sempre viene soddisfatto, tanto che in alcuni casi le madri hanno parlato di sé come “inconsapevoli” (D.) mettendo a confronto il periodo

prima del parto e quello successivo nel quale, a fronte di un'esperienza percepita come traumatica o violenta, hanno deciso di approfondire in modo autonomo il tema. A. racconta come abbia seguito la prassi, le norme di comportamento comuni e condivise per le donne in gravidanza dicendo «Ho fatto tutti gli esami, tutto quello che è richiesto per iter soprattutto qui al sud [...], senza una particolare consapevolezza, non avevo le info che oggi ho». Anche D. accusa la stessa normatività dicendo «ecco nessuno mi aveva detto che in realtà per una gravidanza fisiologica la figura di riferimento dovrebbe essere l'ostetrica e non il medico ginecologo perchè non ce n'è bisogno, non c'è bisogno di fare l'ecografia ogni mese ma bastano le tre consigliate e anche questa era un'informazione che io pensavo di avere e invece non avevo».

Una corretta informazione viene ricercata anche per sentire di poter decidere in modo libero emancipandosi da quelle che vengono lette come manipolazioni da parte del personale ospedaliero quando si teme che vengano fornite «informazioni proprio distorte con lo scopo appunto di mettermi paura» (A.)

La consapevolezza dell'impossibilità di controllare tutto il processo, sottolineata dall'affermazione di B. «sembra stupido dirti non è andata come uno preventivava perchè comunque, ovviamente, io partivo dal presupposto che è una cosa che non puoi controllare al 100%» non rende meno complesso il crollo delle aspettative, soprattutto quando relativo ad aspetti considerati importanti per l'esperienza di parto, ragionati e scelti lungo il percorso di avvicinamento. A tal proposito M. racconta di essersi sentita privata di questa capacità dicendo «Non puoi toglierle questo diritto di scelta e trattarla come se... [...] è come mi avessero detto "tu adesso stai come decido io, tu non hai più potere"» e ancora «Non avevo più controllo di niente». (M)



#### 4..2. *Le pratiche mediche ed il consenso*

Il tema della percezione di controllo sul processo di travaglio e parto e sul proprio corpo torna, con ancora maggiore centralità, nel secondo nucleo narrativo ricorrente tra le interviste. Mi riferisco infatti al tema delle pratiche messe in atto durante il ricovero ospedaliero; un argomento complesso in quanto molto dipendente dalle esigenze e sensibilità individuali delle partecipanti ma anche dal loro stato di salute fisico. Nella trattazione di questo tema diventa ancora più importante soffermarsi sulle sensazioni e le percezioni narrate più che sulle pratiche in sé che esulano dall'ambito di competenza di questa analisi.

Una prima esperienza condivisa dalle donne intervistate è quella di sentire che il proprio corpo non è più di propria competenza ma a disposizione del personale medico, come raccontato da F. «durante la gravidanza tu diventi fondamentalmente aperta. Cioè chiunque arriva ed infila le dita, ti guarda, ti fa. Già sei un po' abituata ad essere depersonalizzata, non ti fa più impressione. Un giorno sì e un giorno no quando sei in ospedale arrivano e ti fanno la visita.», o ancora «In questi 40 giorni ho subito anche degli interventi anche abbastanza invasivi, nel senso che sul mio corpo sono state fatte diverse cose [...] quindi anche tutta la mia intimità... io ero in stanza con altre quattro cinque donne, a seconda dei giorni, quindi questo è stato sul mio corpo molto invasivo.» (L) .

La depersonalizzazione del proprio corpo può assumere anche la forma di assenza di qualsivoglia forma di privacy o riservatezza.. «Mentre io partorivo nella stanza c'erano, penso, trenta persone perché [...] essendo un ospedale universitario questi devono praticamente assistere al parto, devono vedere quindi avevo praticamente una serie di studenti a prendere appunti a guardare.. ma saranno stati venti, non so, e non poteva stare mio marito» (F). L'assenza del compagno, del marito o più in

generale della persona di fiducia scelta per accompagnare il processo di travaglio e parto è riportata dalle donne come ulteriore motivo di stress.

La violazione dell'intimità del parto viene raccontata anche da M. «Dei dolori che ti dico, con io che non capivo più niente perché ero un po' anestetizzata, in più vedevo 3000 persone attorno, anche lì, il parto è una cosa intima, avrò avuto 15 o 20 persone intorno in sala. Guardavo e mi sembrava di essere su un palco con il pubblico».

L'assenza di riservatezza si fa ancora più pesante nel caso di complicazioni, P. racconta l'esperienza di un aborto spontaneo contrapponendo la condivisione obbligata degli spazi alla solitudine provata nel periodo di degenza. «E di queste compagne (*di stanza*) io ne ho cambiate 3 o 4 ora non ricordo. Anche stare a contatto con queste donne che poi comunque arrivavano a fine di questo percorso seppur difficile stringendo il proprio bambino per me non è stato facile. Ero ovviamente felice per loro ma insomma, diciamo che anche questo rientra nella sfera della violenza perché non aiuta, non aiuta perché non c'è nulla in quella stanza che mi possa aiutare a vedere non dico qualcosa di positivo però a reggere moralmente diciamo . Oltretutto non avevo mai mio marito vicino, mai [...] quindi diciamo che la maggior parte del tempo me la sono dovuta passare da sola.” (P.)

L'assenza di riservatezza non è l'unica modalità nella quale le donne che ho intervistato riferiscono di aver percepito di non aver controllo sul proprio corpo e su ciò che stava accadendo loro, raccontando la propria esperienza di ospedalizzazione prolungata L. racconta come abbia potuto capire ciò che stava per essere fatto sul suo corpo solo attraverso i dialoghi tra il personale. «per loro è normale e non sentono il bisogno o il dovere di informarti di quello che stanno facendo, anche il catetere non te lo chiedono. Per carità non è che dovevano

chiedermi del catetere per fare un'operazione se quello è, ma io ho visto la ginecologa e l'ostetrica dire "hai mai messo il catetere?" "sì, una volta" "e adesso vediamo come vai" e io ero lì che ascoltavo e non è che mi avevano detto "signora si prepari che adesso le mettiamo il catetere" non parlavano con me, io ho sentito e quindi ho capito che mi stavano mettendo il catetere.»

In modo simile A. racconta «Le ostetriche sono scese nella stanza senza dirmi niente, non una parola, è arrivato un medico che ha guardato il tracciato e io come fossi un corpo inerte non una volontà, una persona quindi un soggetto anzi il soggetto di quello che stava succedendo. Non uno sguardo, non una parola, esce il secondo medico arriva il terzo medico [...], anche lui guarda il tracciato. Io corpo da macello lì sulla tavola. Esce fuori e sento che grida "portatela in sala operatoria"».

O ancora C. «entravano, guardavano il tracciato e uscivano dalla stanza senza dirmi niente. Oppure mi dicevano "che ti lamenti, non sono così forti le contrazioni." Cose così. Mi hanno visitato non so quante volte internamente per vedere quanti centimetri ero e non mi hanno mai detto niente, io non so di quanti centimetri ero quando sono entrata in sala parto, non so niente».

Con questi racconti si introduce il tema, trasversale a tutto il nucleo narrativo, della comunicazione medico-paziente: non solo il corpo delle partorienti è percepito dalle stesse come "a disposizione" ma le scelte che vengono fatte sullo stesso non vengono comunicate in modo intenzionale, la comprensione di ciò che sta succedendo è condizionata all'udire conversazioni di servizio non rivolte a loro.

In questo modo entra in gioco anche un aspetto fondamentale della medicina contemporanea che è quello del consenso informato; molte delle partecipanti, in linea con ciò che emerge dalle statistiche ISTAT, non sanno con certezza quali procedure sono state messe in atto durante il travaglio.

«Un ostetrico mi ha secondo lui visitata e mi ha fatto, mi hanno detto si chiama così, penso lo scollamento delle membrane. Praticamente manualmente mi ha finito di completare la dilatazione perchè mi ha fatto un dolore tremendo, mi ha rotto il sacco. Tutto questo senza spiegarmi niente, senza dirmi niente» (E.)

«Mi ha fatto però una visita dolorosa quindi credo che anche lui mi abbia fatto lo scollamento delle membrane a tradimento» (A.)

F. riferisce un dialogo con l'ostetrica nel quale si lamenta del dolore della visita, la risposta «eh, ma le ho dato l'aiutino». In questo caso non viene utilizzato neppure il termine specifico per indicare la pratica delle rotture delle membrane che viene identificata solo successivamente quando una terza persona spiega in cosa consistesse "l'aiutino". Questo termine viene utilizzato anche in un secondo momento durante l'intervista con F. «Stava andando tutto bene fino a che è comparso un tizio che io non avevo mai visto ma che era lì a farmi partorire insieme all'ostetrica, ha deciso di salirmi addosso e iniziare a spingere dicendo ancora una volta la mitica frase "ti do un aiutino". Ho scoperto poi informandomi che questa era la manovra di kristeller che non si dovrebbe fare, che è pericolosa».

La richiesta di consenso può anche essere incompleta come raccontato da D.:

«Io memore di quello che mi avevano detto al corso parto dico va bene (*all'episiotomia, nda*) . Solo che in contemporanea era arrivata anche la ginecologa di turno quella notte, è salita su tre gradini che erano a fianco del lettino e ha cominciato a farmi la kristeller. Io non avevo idea di cosa fosse mi sono trovata con la ginecologa che premeva con tutto il peso del suo corpo sulla pancia e io ho provato una sensazione bruttissima una rabbia incontrollabile che ricordo ancora adesso [...] continuavo a dirle "basta non ce la faccio più" e questa continuava a buttarsi sopra a ogni contrazione».

Con questa citazione di D. introduco il tema della percezione di violazione del consenso e la mancata presa in carico delle esigenze e dei bisogni delle partorienti. In modo simile a D., B. racconta : «trovo disumanizzante il momento nel quale tu vai a sindacare quanto una donna abbia diritto di soffrire o meno in quell'esperienza, trovo disumanizzante dire “tu hai deciso di avere un figlio e devi soffrire.”»

Il dolore della partoriente viene minimizzato anche nell'esperienza di G. «Verso le due e mezza tre inizio a lamentarmi che non sopporto più i dolori che comunque erano forti , ero in travaglio e loro continuavano a dirmi “no non è vero non sei in travaglio vai in camera” senza neanche visitarmi, senza nemmeno controllare come stavo andando se ero veramente in travaglio o meno» Ed ancora «”e che non te li ricordavi come erano i dolori del travaglio? Che cavolo l’hai fatto a fare il terzo figlio se neanche sei capace di sopportare i dolori”. Io sono rimasta zitta perché ho detto va beh lasciamo stare perché manco ho le forze per parlare, figuriamoci per litigare». La percezione di non essere credute va pari passo alla sensazione di non essere prese in carico, come raccontato da T. «A un certo punto per me era diventato complicato non riuscivo più a .. io volevo proprio che qualcuno mi stesse vicino qualcuno che mi dicesse va tutto bene così non ti preoccupare.»

Anche R. racconta di essersi sentita abbandonata, non considerata, durante un travaglio “lento”: «“tu continua a spingere che tanto ce ne vuole” cioè io continuo a spingere senza nessuno di fronte a me. [...] Così è andata alla fine, che ho spinto da sola, loro stavano al lettino a fianco ma è stato proprio brutto, brutto emotivamente».

F. racconta «ero freddissima e stavo per svenire. A un certo punto, io sono stata legata al tracciato tutte le 10 ore, quando ho chiesto di staccarmi per riposarmi e cambiare posizione mi è stato detto di no quindi io mi sono fatta tutto il travaglio in orizzontale, legata senza potersi muovere e questa è una cosa che mi ha messo

ancora di più a disagio nel senso che io non riuscivo a prendere una posizione che mi aiutasse ad alleviare il dolore». Quest'ultimo estratto si focalizza sulla percezione di rigidità dei protocolli medici che non hanno la flessibilità necessaria ad "umanizzarsi" incontrando le esigenze delle partorienti laddove possibile.

«Tutto un "devi fare così, devi fare cosà". Non c'è mai la libertà di scelta, di tutto quello che ho fatto non ho scelto nulla e ok, non è che pensavo "vado là e scelgo" questo no. Ma un minimo di ...dare anche un minimo la mia idea di come dovevano andare le cose. O comunque se io dico che voglio mettermi un'altra camicia perchè con questa sto scomoda lasciami cambiare no?» (B)

Alla sensazione di non essere credute e prese in carico si aggiunge anche la percezione di impotenza e di non essere capaci e competenti quando il parto non sta andando come previsto «Le ho chiesto "perché il bambino non esce" e la risposta "perché non sei capace a spingere.»» (H) oppure «se io ti dico che ho bisogno di riposare perchè sono stremata non mi portare la bambina che urla, come come una bambina piccola appena nata che ha fame. Me la molli lì e mi dai dell'incapace perchè non riesco a badarla. questo non va bene secondo me perchè [...] mi pare che hai capito come va non è proprio rilassante non è che il minuto dopo sei rilassata fresca e pronta». (B.)

#### 4.3. *Lo stato emotivo*

Con questi due ultimi estratti introduco un tema che fino ad ora ho volontariamente lasciato in secondo piano per chiarezza espositiva: la ricaduta emotiva dell'esperienza di parto. Tutte le interviste, infatti, hanno un contenuto fortemente emotivo: che fosse la delusione delle aspettative non incontrate o che fosse lo

scoraggiamento, il senso di abbandono, di perdita di controllo o di agitazione. Tutto ciò che è stato esposto precedentemente ha una connotazione emotiva molto forte.

Per questa ragione ho deciso di dedicare un terzo nucleo narrativo alle ricadute emotive dell'esperienza di parto: sia durante sia dopo la degenza ospedaliera.

Emerge con grande veemenza in quasi tutte le interviste il desiderio di trasmettere la valenza strutturale del disagio emotivo come parte fondamentale dell'esperienza di violenza ostetrica. La violenza psicologica viene descritta come determinante, come più difficile da rielaborare e da giustificare durante il processo di rielaborazione del vissuto. Alcuni esempi si trovano nell'intervista di E. «Io penso che come medici abbiano delle regole da rispettare anche dal punto di vista della sensibilità, non è possibile che si guardi sempre e solo all'aspetto medico [...], io penso che il parto vada oltre a questo. Penso ci sia un aspetto psicologico che vale tanto quanto quello che loro fanno dal punto di vista medico.» oppure nella testimonianza di F. che racconta come la percezione di perdere la propria dignità sia stata la parte più complessa del parto: «La questione emotiva è la parte più pesante, la parte fisica non dico che è stata una passeggiata ma [...] sono stata peggio. Fisicamente è stata un'esperienza che il mio corpo ha collaborato bene [...] ma la parte emotiva è stata quella pesante, io non riesco a pensare a determinate cose, quando poi fai perdere la dignità ad una persona.»

Ed ancora R. nel raccontare come abbia percepito che i suoi bisogni non erano incontrati durante il travaglio che procedeva lentamente dice «Per me la differenza sta soltanto nell'aspetto umano, non è tanto quel che viene fatto. [...] A me sarebbe bastato che qualcuno mi veniva vicino, mi dava una pacca sulla spalla e diceva “dai ce la fai, ci sono io”. Basta, avrei fatto altre 36 ore. Il problema è che quelli

passavano e mi dicevano: “ma smettila di piangere” o “oh sai quanto ce ne vuole, tu già piangi ora”.».

Quest’ultimo passaggio mi permette di introdurre un secondo aspetto del tema, l’esperienza viene raccontata come una progressiva perdita di agency da parte della partorienti. Di fronte a una situazione di disagio H. non si sente di potersi lamentare e racconta «Se me le metto contro e mi incazzo, queste mi trattano peggio. [...] Questa è una cosa che mi è rimasta dentro, so che ho adottato la strategia giusta ma mi è rimasta dentro che non mi sono ribellata, ma lì per lì avevo paura di peggiorare le cose».

La perdita di capacità decisionale viene legata anche all’impossibilità di decidere chi avere vicino durante il travaglio «Durante questo travaglio io ho chiesto prima di tutto di vedere mio marito, mia madre, che se non può entrare mio marito che è maschio almeno fate entrare mia madre e loro hanno detto di no e quindi dovevo stare di sola» (F.) Allo stesso modo L. racconta «Questo è stato un po’ come mi sono sentita: essere un po’ ostaggio e anche un po’ non potersi arrabbiare, non potermi mai arrabbiare o chiedere di più perché comunque dovevo sempre avere dei favori [...] visto che io non potevo alzarmi dal letto» e per questa ragione sente di dover essere “a disposizione” del personale delegando il controllo sul proprio corpo «Tutte queste azioni sul mio corpo io le captavo, ne venivo a conoscenza nel momento in cui le sentivo (*il personale, nda*) perchè si parlavano tra di loro. [...] Era come essere fuori dal corpo, io tante volte non mi sentivo neanche più incinta, io avevo un corpo ma che non era più mio, non era più il mio corpo.»(L.)

Un senso di distacco dal proprio corpo è riportato anche nel racconto di R. che racconta «Inizio a sconnettere, ma non nel senso che sclero, che urlo. Divento tipo in coma, stavo lì, dicevo sì proprio come una abusata che non le importa più del suo



corpo. E la cosa assurda è stato questo fatto che io non mi sentivo più lì, non credevo che stavo partorendo. Pensavo a un certo punto, penso che fosse una forma di difesa del mio cervello, di essere una cavia in un macello di un esperimento di frustrazione dell'essere umano. [...] lo avevo completamente dimenticato che avessi un bambino e che stessi per partorire.»

L'esperienza di parto per alcune delle partecipanti diventa così intensa che la gioia che si aspettavano di sentire alla nascita del figlio viene totalmente offuscata.

A. per esempio racconta: «avevo gli occhi aperti, li ho richiusi come a dire “non me ne frega niente non ho la forza” e forse quello è il rimorso più grande. Questa è la sensazione più grande che sento rispetto a questo episodio di nascita [...] per me in quel momento c'era solo quel dolore, non c'era quella spinta a occuparmi della mia bambina ma neanche a vederla. Io quel giorno stavo diventando madre per la prima volta e non... la sensazione e i pensieri che avevo avuto erano stati questi.». O ancora «non me la ricordo per niente la situazione di gioia, ti dico quando hanno messo mio figlio sul petto ero sconvolta, ero solo sconvolta e non ho sentito niente ed è una sensazione bruttissima che penso mi porterò a vita. Io non ho sentito proprio niente.» (S.)

Nel descrivere la propria esperienza C. dice «con il secondo me l'hanno appoggiato sopra ed è stata la cosa più bella del mondo. Ho provato tutte quelle emozioni che mi hanno tolto con la prima e per questo mi sento in colpa con mia figlia perché so cosa vuol dire provare le emozioni del parto [...] invece con mia figlia no, non l'ho sentito.»

Il senso di colpa di C. pone in continuità narrativa con il senso di inadeguatezza provato da R. «io credo che ci siano dei parti che a prescindere sono molto difficili, questo non significa che debbano essere gestiti come se la colpa è della partoriente.

La mia difficoltà dopo il parto, proprio dopo a rielaborare il parto, è che mi è stato quasi inculcato il concetto di aver sbagliato io tutto» e «La sensazione psicologica è stata di non essere capace, di non essere in grado di fare quello che dovevo fare, essere colpevolizzata, e soprattutto non poter avere vicino le persone che mi dovevano sostenere, come poi è successo dopo, con l'altro parto intendo».

Il tema del giudizio e della solitudine tornano anche nella narrazione di V. «il fatto di essere completamente sole e giudicate. Non c'è accoglienza per cui comprendono soprattutto con un primo figlio che tu ti ritrovi con questo esserino e non sai bene cosa fare.»

L'esperienza emotiva viene raccontata anche da O. «Non riesco a avere un bel ricordo, la cosa ancora più brutta perchè non è finita, ho partorito ed ero arrabbiata quindi dopo che ho partorito ero arrabbiata, molto arrabbiata e mi sono sfogata con chiunque sia passato dalla stanza» (O).

La rabbia nel caso di P. invece viene diretta anche verso sé «»Mi sono chiesta "ma tu 'ndo stavi?" [...] e ci ragioni così tanto che ti dai colpe che non hai, ma a questo ci sono arrivata con l'analisi perché senza analisi avrei continuato a darmi colpe un giorno sì, un altro giorno a chi mi aveva trattato così un altro giorno di nuovo a me».

La rielaborazione del vissuto passa attraverso diverse esperienze, prima di tutto attraverso la denominazione del vissuto e il riconoscimento della sofferenza.

H. esemplifica il concetto quando dice «molto complicato spiegare all'inizio con me stessa perché non ero felice, avevo appena messo al mondo mio figlio e non ero felice. Il primo grosso passo, la prima grossa difficoltà è stata capire che non era normale. Ma cioè, non ero il problema, non ero io che avevo qualcosa di sbagliato e poi farlo capire anche al mio compagno perché neanche lui era mai stato papà».

Sentire il proprio vissuto come legittimo è ancora più complesso di fronte alle

reazioni altrui lette come sminuenti della sofferenza provata. «Non so se riesco a spiegare, non pensavo di avere diritto a stare male come stavo, pensavo di dover essere felice che tutte lo fanno. Era quello che mi arrivava dall'esterno da amici e famigliari, che sembravo io la schizzata, la lamentosa la esagerata.» (H.)

La minimizzazione del dolore della donna, a fronte di un bambino che non riporta danni permanenti, è comune a diverse storie: «Stavo praticamente distrutta fisicamente e soprattutto emotivamente perché la cosa che più mi dava fastidio è stato questo fatto: che le persone mi dicevano “vabbè, l'importante è che è andato tutto bene” ma tutto bene significa che uno non è morto? No perché io sono devastata, io sono terrorizzata, faccio gli incubi, sudo freddo, mi vengono in mente ancora adesso le scene di me bloccata dentro questo lettino [...]. È andato tutto bene che cosa? Allora mi hanno anche sminuito che mio figlio, in maniera assurda, non ha riportato niente di tutto questo travaglio e mi dicono “eh ma tu non sei contenta?” e certo che sono contenta ma non posso non pensare che sarebbe potuta andare in modo diverso da così, con qualcuno ad assistere il mio dolore anche solo dicendo “hai ragione è doloroso”, e invece no, sei tu che sei esagerata..» (R.)

A complicare ancora di più il riconoscimento delle proprie sensazioni si introduce il senso di inadeguatezza in confronto a un ideale di madre performante: «È un tabù enorme, è un tabù enorme. E la cosa più grande è, utilizzo la parola diritto, è sentirsi in diritto di aver vissuto una brutta esperienza durante il parto, di stare male e dire “ho subito violenza” perché è mentalmente schizofrenico il fatto che uno dei giorni più belli della tua vita e cioè il giorno in cui nasce tuo figlio o tua figlia sia anche il giorno più brutto.» e ancora «Perché se tu ci guardi ed è tutto un chiedere scusa “mi sento una cattiva madre, scusate se dico questo”. Come se dovessi chiedere scusa per quello che hai subito e perché stai male. Tu chiedi scusa perché non riesci ad

essere una madre performante oltre a quello che viene già chiesto alle madri, di essere performanti, di essere felici anche già durante la gravidanza. Cioè questa cosa la madre che si lamenta di come ha messo al mondo suo figlio è un'ingrata, perché si sta lamentando dell'atto di amore per eccellenza» (H.)

Il tabù rispetto al tema disincentiva ancora di più la condivisione dell'esperienza che può essere un passo importante per la rielaborazione. «Poi io non l'ho mai raccontata a nessuno come l'ho raccontata a te in questo momento quindi adesso in realtà raccontando così dall'inizio alla fine e con la sensazione che ho addosso, sono stata male, sto male per questa cosa quindi credo sia violenza ma io finché non l'ho raccontato a te io prima non lo sapevo ecco» (S.). Il supporto sociale e la ricerca di aiuto quando necessario sono strumenti fondamentali per affrontare l'esperienza traumatica del parto. «però poi è andato bene quando sono tornata a casa sono stata male per un bel po' di tempo però ho avuto molto sostegno intorno a me, facevo la scuola di specializzazione di questa cosa ne ho parlato anche a scuola, ho avuto molto supporto ma ce l'abbiamo fatta penso senza fare troppi danni.» (T.)

E ancora «Non potevo parlare di quel che succedeva che mi mettevo a piangere, non volevo essere visitata... ho fatto poi un percorso con un'ostetrica che però aveva fatto un corso di terapia [...] ho fatto una rielaborazione del parto, una cosa che sia ho scritto tutto sia che ho rivissuto tutta una serie di contatti fisici per riappropriarmi del mio corpo e della mia cicatrice perché ovviamente avendo fatto quel taglio ho avuto punti» (R.)

La ricerca di un luogo di ascolto non giudicante ed accogliente da parte di un professionista, sia della salute mentale sia medico, è spesso un primo passo verso una maggiore senso di chiusura verso un'esperienza dolorosa e traumatica.

Alcune partecipanti hanno riportato l'esperienza di aver iniziato un percorso di attivismo e volontariato a sostegno della nascita partecipando a organizzazioni locali o nazionali interessate al tema della genitorialità, dell'allattamento o del parto.

Con una nota conclusiva vorrei accennare a un tema complesso che è emerso in tutte le interviste svolte; tra tutte le 19 donne che hanno partecipato alla ricerca solo una era impegnata in una valutazione con avvocati per una denuncia per i trattamenti subiti durante il parto, non perché non desiderassero procedere con una risoluzione anche legale dell'esperienza ma perché scoraggiate di fronte a un percorso legale ambiguo e molto spesso rischioso.

«A oggi non conosco nessuna donna che, pur avendo tutti i requisiti, abbia intrapreso un percorso giuridico di questo tipo che abbia risolto.» (A.)

Il timore di non essere credute disincentiva la denuncia ma anche la semplice segnalazione agli organi ospedalieri: «io non ho deciso di andare avanti per vie legali perchè ho pensato che comunque era inutile perchè comunque è una carta alla loro, se vogliono negare l'evidenza la negano in tutti i modi». (B.) e «lo nel mentre ho deciso di non fare alcuna lettera. Vedi adesso capisco molto meglio le donne (*vittime di violenza nda*), io piuttosto che incontrare di nuovo una gogna come quella che ho affrontato... [...] io ho condiviso questa cosa [...] e ho scelto di prestare la mia testimonianza in maniera anonima ma andare a fare una lettera, una causa che poi nel mio caso mi hanno detto che manco riescono a vincere le cause nelle cause più gravi quindi insomma andare a fare, accusare l'ospedale e affrontare poi quello che diranno loro io non ne ho voglia».

#### 4.4. *I focus group*

I focus group svolti con personale medico sanitario hanno permesso di avere un punto di vista notevolmente diverso sulla questione, seppur siano chiari dei punti di comunicazione tra le due narrazioni emerse.

Nel definire il fenomeno emerge come prevalente il tema della comunicazione e del consenso informato:

«Secondo me per la mia esperienza il non essere chiari nelle procedure che vengono effettuate nel senso che comunque secondo me la persona che sta partorendo, la donna che sta partorendo ha necessità e deve essere informata durante tutta la procedura, e e penso che a volte non passi ciò e manca questa chiarezza» e anche « io penso comunque che la comunicazione entra in questo senso sicuro, proprio il fatto di non condividere non avvisare non spiegare dà la sensazione di non avere il controllo non essere interpellati ed essere non l'attore principale ma una comparsa che segue un filo».

La presenza di un'emergenza non viene vissuta come una scusante/attenuante per la mancata comunicazione e spiegazione delle procedure svolte sul corpo della partorientente

«Ci sono emergenze con la e maiuscola ma il tempo comunque di fare due parole e spiegare volendo c'è. Lavorando anche di equipe mentre si fanno le cose con le mani faccio una cosa e intanto con la bocca spiego, nel senso, forse magari focalizzarsi meno senza tralasciare la parte assistenziale in sé ma ricordarsi che tanto è importante la parte assistenziale quando è importante l'approccio cognitivo».

In questo estratto emerge un tema molto ricorrente nei focus group quale il lavoro di equipe come strumento per mantenere l'alleanza terapeutica con la paziente e soprattutto per colmare le reciproche possibili mancanze garantendo la migliore

assistenza possibile alla paziente. Il lavoro di compensazione reciproca viene descritto con la parola “mediare” e si inserisce nel più ampio appunto relativo alla necessità di una maggiore attenzione al lavoro e alla cura dell’equipe, anche dal punto di vista psicologico dei suoi membri: «supporto psicologico all'equipe è interessante perchè noi a un certo punto dopo che lavoriamo tutti i giorni le cose che vediamo ci sembrano da tutti i giorni io a volte mi sento ogni tanto fuori dalla realtà dell'evento».

Lo stress emotivo viene riconosciuto come una causa, seppur non una giustificazione, per la scarsa attenzione all'emotività e specificità dell'esperienza vissuta dalle pazienti. «Perché per noi è quotidianità per loro no».

Si evidenzia infatti la distanza tra la percezione di violenza che le pazienti possono avere e ciò che lo staff può percepire come tale: «a volte confrontandosi tra colleghe quando si dice a che bel parto perchè per noi è andato tutto bene tutto veloce senza punti, tutto bene e magari la signora per la donna quel parto è stato disastroso dico estenuante e magari altre volte per “x” motivo [...] non è sempre così per cui quello che a volte noi percepiamo come possibile violenza ma magari le donne loro non la vivono».

A tal proposito le partecipanti ai focus group hanno proposto delle possibili strategie di riconciliazione dopo parti non facili evidenziando come, in un momento successivo, sia stato nella loro esperienza benefico un confronto onesto e rassicurante con le neomadri.

«Si cerca di migliorare poi alcune cose non ne siamo consapevoli perché noi non sempre ci accorgiamo di cosa non va. E quello che a me dispiace è che a volte sono stata responsabile di una violenza senza volerlo, però magari questo feedback nel post parto potrebbe essere un elemento di riconciliazione e anche una cosa che

può essere percepita come violenza una volta spiegata non lo diventa più. O anche un trauma perchè effettivamente ha avuto un parto traumatico ma elaborato, spiegato etc... magari poi non rimane tale perché quante volte ci tornano queste donne con il terrore del parto precedente che richiedono un cesareo per tocofobia perchè un trauma non elaborato».

Le proposte però non si limitano al post parto, emerge infatti un desiderio di continuità assistenziale dal concepimento al post parto per creare una maggiore fiducia tra personale e pazienti che, nel vivo del travaglio e del parto, possano affidarsi coscientemente alle operatrici sulla base di un percorso di informazione e di consapevolezza precedente: «non sempre è così semplice farsi capire [...] la comunicazione non è il primo strumento che viene, che può essere così fruibile nel passare delle informazioni ma questo non vuol dire che non si debbano informare le donne. Forse potrebbe essere interessante lavorare prima e durante la gravidanza sull'informazione in generale e quindi sul percorso di assistenza alla gravidanza. Intanto sarebbe molto più interessante che ci fosse continuità dell'assistenza che in Italia non esiste o esiste molto poco».

Un cambiamento simile viene dipinto dalle partecipanti come una rivoluzione culturale non indifferente che coinvolgerebbe prima di tutto l'organizzazione ospedaliera, i rapporti di potere interni e la preparazione dei dipendenti del servizio sanitario ma che coinvolgerebbe anche il modello culturale e pragmatico con il quale le donne incinte si avvicinano alla gravidanza prendendo atto del proprio ruolo attivo e fondamentale nel processo. «è molto spinoso secondo me perchè comunque è una problematica che richiederebbe un cambio di mentalità da parte degli operatori e da parte delle donne stesse che il travaglio il parto e la gravidanza non sono cose che .. sono cose in cui la donna è attiva e non passiva mentre molto



spesso sono le donne stesse le prime che si aspettano di arrivare in ospedale e noi facciamo qualcosa».

Si evidenzia la necessità di una preparazione anche in merito al tema specifico della violenza «sarebbe un argomento che varrebbe la pena non solo che venisse insegnato in tutte le università perché anche quelle mediche, non solo le professioni sanitarie, ma che sia trattato a livello di cultura generale perché poco se ne parla e sicuramente poi fare degli incontri tra equipe perché a volte a nostro malgrado siamo responsabili di alcune violenze ostetriche senza assolutamente l'intenzione ma per poter migliorare e evitare e imparare “dai nostri errori” ».

Viene dipinta come necessaria una progressiva depatologizzazione della gravidanza, un fenomeno fisiologico, che prevede fattori di salute e non solo al rischio «perché tendiamo a intervenire e trovare la patologia anche dove non c'è, non chiaramente» e «appena si entra ci si toglie i vestiti ci si mette un pigiama non si è più delle persone ma si è dei pazienti che mettono la propria salute nelle mani dei professionisti e dall'altra i professionisti si aspettano che le donne facciano questo, anche in ostetricia sono pazienti».

Le partecipanti si esprimono anche a favore di un rapporto più orizzontale tra operatori e medici e pazienti: «a volte capita che questo approccio di mettersi un po' sullo stesso piano a volte mi rendo conto che loro ti vedono non tanto come il medico, l'ostetrica, ottantamila piani sopra di loro ma una di loro, fuori di qua senza il camice sono una come te».

Per concludere, ciò che viene auspicato in entrambi i focus group si può sintetizzare nell'affermazione di un'ostetrica che ha partecipato ai focus group che riporta il discorso a centrarsi sulla partoriente «questo discorso toglie l'empowerment alle donne, sono le donne che partoriscono non noi che le facciamo partorire, noi le

accompagniamo e cerchiamo di gestire un po'... interveniamo se c'è bisogno che succede raramente. anche questa cosa qua la donna dovrebbe essere al centro».

## Capitolo V: **Conclusioni**

La ricerca presenta alcuni limiti derivanti principalmente dal reclutamento delle partecipanti.

La prima parte di ricerca, relativa alle interviste di donne che ritenessero di aver subito violenza ostetrica, ha raccolto le testimonianze di persone contattate tramite gruppi tematici in Facebook. Questo metodo di reclutamento, seppur l'unico a disposizione durante la fase di raccolta dati, ha una ricaduta sulla popolazione raggiungibile durante la ricerca. Donne non particolarmente abili nell'utilizzo dei social network o con una scarsa connessione internet e donne con difficoltà nell'espressione in lingua italiana non sono state incluse nella ricerca, come anche non è stato possibile ascoltare l'esperienza di gravidanza e parto di persone con un'espressione di genere non conforme. Infine l'iscrizione a gruppi facebook tematici specifici sui temi di violenza ostetrica e "buona nascita" può fare presupporre che sia stata messa in atto dalle partecipanti una forma di socializzazione dell'esperienza, quantomeno passiva.

Allo stesso modo, il numero ristretto di professioniste che hanno partecipato ai focus group e il tipo di reclutamento di convenienza messo in atto ha permesso l'interazione con persone già sensibili ed interessate al tema, altamente motivate alla discussione e riflessione sul fenomeno trattato.

Per questa ragione è bene considerare la ricerca come uno studio esplorativo del fenomeno della violenza ostetrica, svolto nella consapevolezza della necessità di coinvolgere una maggiore varietà di soggettività, a partire da una maggiore attenzione alla rete di servizi di cura pre e post parto quali consultori, centri medici

privati e fisioterapisti del pavimento pelvico (etc...) ma anche associazioni nazionali e locali di promozione del buon parto, dell'allattamento e della genitorialità.

Allargando ulteriormente il campo di azione, degli importanti interlocutori potrebbero essere i reparti di ginecologia-ostetricia nelle figure dei direttori sanitari al fine di promuovere un dialogo tra le parti coinvolte e rielaborare i protocolli di intervento in una direzione più tutelante di tutti gli attori coinvolti.

Nonostante questo è possibile iniziare a trarre delle conclusioni in merito al fenomeno della violenza ostetrica in Italia, alle sue diramazioni sulla vita personale, genitoriale e di coppia delle persone che ne sono vittime e alle possibilità future volte alla prevenzione del fenomeno.

Emerge con centralità e forza l'esigenza da parte delle donne intervistate di sentirsi attrici attive dell'esperienza di parto, consapevoli delle azioni che vengono agite sui loro corpi e partecipi, per quanto possibile, nel processo di travaglio e parto.

Seppure l'esperienza fisica di dolore non trascurabile, prevale nella connotazione del vissuto la sensazione di oggettificazione e di passivizzazione vissuta dalle partorienti. La percezione di aver perso agency è data dalla scarsa o assente comunicazione con il personale medico sanitario, dal mancato rispetto della privacy e riservatezza richiesta in un momento percepito come intimo, dalla derubricazione dei bisogni espressi (di cura, di supporto) come lamentele infondate.

Dalle interviste emerge anche un senso di impotenza e di fallimento che non si limita a caratterizzare l'esperienza di parto, anche a fronte dell'infrangersi delle aspettative createsi durante la gravidanza, ma che riverbera nell'espressione della genitorialità.

Il tema ricorrente del senso di inadeguatezza a confronto con un'ideale di madre performante, che non si lamenta e che sacrifica tutto, compreso il suo benessere, per il nascituro mostra come la narrazione sociale della maternità non plasmò solo le

aspettative di parto ma permei il sentire delle neomadri favorendo la vergogna, il senso di colpa e il conseguente tabù e silenzio sull'argomento.

A favore di una maggiore autonomia, consapevolezza e proattività della partoriente si esprimono anche le professioniste che hanno partecipato ai focus group sul tema, dopo aver riconosciuto la comunicazione di scarsa qualità come il nucleo centrale della violenza ostetrica.

Seppure emerga la consapevolezza che la percezione della violenza può variare molto tra le diverse partorienti ed ancora di più tra partorienti e personale che assiste il parto e che per questo la creazione di rigide formule standardizzate non può essere uno strumento di contrasto alla violenza, si sottolinea l'esigenza di un cambio culturale medico (ma anche sociale) che passi anche attraverso la ristrutturazione delle geografie di cura ospedaliera verso una maggiore promozione dell'empowerment delle partorienti.

Per concludere vorrei sottolineare come la necessità di narrazioni realistiche, non idealizzate ed inclusive del fenomeno del parto e della maternità possano essere un primo passo fondamentale verso un maggiore benessere sia delle partorienti sia di coloro che le assistono.

## Bibliografia

- Allen J.J., Anderson C.. (2017). *Aggression and Violence: Definitions and Distinctions*. The Wiley Handbook of Violence and Aggression, doi: 10.1002/9781119057574.whbva001
- Alpren, K. D. (1992). *The ethics of reproductive technology*, New York, Oxford University
- Ardey Robert (1968) *L'istinto di uccidere : le origini e la natura animali dell'uomo*, Milano, Feltrinelli
- Arendt Hannah (1970) *On Violence*. New York, Harcourt
- Balin, J. (1988). *The sacred dimensions of pregnancy and birth*. Qualitative Sociology, 11, 275-301 doi: 10.1007/BF00988967
- Barbour, RS e Kitzinger J (1999) *Are focus groups an appropriate tool for studying organizational change?* in Barbour, RS e Kitzinger J (a cura di) *Developing focus group research*, 114-126, SAGE Publications Ltd, doi: 10.4135/9781849208857.n8
- Bartky, S.L.. (1990) *Shame and gender*. Femininity and domination: Studies in the phenomenology of oppression. New York: Routledge.
- Bassett, K. L., Iyer, N., & Kazanjian, A. (2000). *Defensive medicine during hospital obstetrical care: a by-product of the technological age*. Social Science & Medicine, 51(4), 523-537. doi: 10.1016/S0277-9536(99)00494-3
- Benhabib S (1992) *Situating the Self: Gender, Community, and Postmodernism in Contemporary Ethics*. New York, Routledge.
- Berg, M., Dahlberg, K. (1998). *A phenomenological study of women's experiences of complicated childbirth*. Midwifery, 14(1), 23-29. doi: 10.1016/S0266-6138(98)90111-5.
- Berkowitz, L. (1989). Frustration-aggression hypothesis: Examination and reformulation. *Psychological Bulletin*, 106(1), 59–73. doi: 10.1037/0033-2909.106.1.59
- Bertaux D. (1999), *Racconti di vita. La prospettiva etnosociologica*, Franco Angeli
- Blumenthal, Monica D.(1972) *Predicting Attitudes Toward Violence*, Science 176, doi: 1296-1303. 10.1126/science.176.4041.1296
- Bohren MA, Hunter EC, Munthe-Kaas HM, Souza JP, Vogel JP, Gülmezoglu AM. (2014). *Facilitators and barriers to facility-based delivery in low-and middle-income countries: a qualitative evidence synthesis*. Reproductive health, 11(1), 1-17. doi: 10.1186/1742-4755-11-71
- Boorse, C. (2011). *Concepts of health and disease*. In Gifford F (a cura di) *Philosophy of medicine*, 13-64. North-Holland. doi:10.1016/B978-0-444-51787-6.50002-7
- Brighton Women and Science Group (a cura di) (1980) *Alice attraverso il microscopio. Il potere della scienza sulla vita delle donne*. La Salamandra

- Briceño Morales, X., Enciso Chaves, L.V., Yepes Delgado, C.E. (2018). *Neither medicine nor health care staff members are violent by nature: Obstetric violence from an interactionist perspective*. Qualitative health research, 28(8), 1308-1319. doi: 10.1177/104973231876335
- Brubaker, S.J., & Dillaway, H.E. (2009). *Medicalization, natural childbirth and birthing experiences*. Sociology Compass, 3 (1), 31-48. doi: 10.1111/j.1751-9020.2008.00183.x
- Bufacchi, V. (2005). *Two Concepts of Violence*. Political Studies Review, 3(2), 193–204. doi: 10.1111/j.1478-9299.2005.00023.x
- Burdon J. (2013) *Defensive Medicine and Clinical Risk Management*. In: Beran R. (a cura di) *Legal and Forensic Medicine*. Berlin Heidelberg, Springer,. doi: 10.1007/978-3-642-32338-6\_109
- Butler, J. (2020) *La forza della nonviolenza*, Milano, Nottetempo
- Butler, J. (1999) *Gender Trouble*. New York: Routledge.
- Butler, J. Benhabib, S. Cornell, D. Fraser N (1995) *Feminist Contentions: A Philosophical Exchange*, New York, Routledge.4
- Cahill, H. A. (2001). *Male appropriation and medicalization of childbirth: an historical analysis*. Journal of advanced nursing, 33(3), 334-342. doi: 10.1046/j.1365-2648.2001.01669.x
- Castro A. (1999). Commentary: increase in cesarean sections may reflect medical control not women's choice. *BMJ (Clinical research ed.)*, 319(7222), 1401–1402
- Catino, M. (2011). *Why do Doctors practice defensive medicine? The side-effects of medical litigation*. Safety science monitor, 15(1), 1-12.
- Chase S (1996) *Personal vulnerability and interpretive authority in narrative research*. Josselson R (a cura di) *The Narrative Study of Lives Vol. 4: Ethics and Process in the Narrative Study of Lives*, 45–59. Thousand Oaks, Sage.
- Coulm, B. Le Ray, C. Lelong, N. Drewniak, N. Zeitlin, J. Blondel, B. (2012). *Obstetric interventions for low-risk pregnant women in France: Do maternity unit characteristics make a difference?* Birth, 39(3), 183-191. doi: 0.1111/j.1523-536X.2012.00547.x
- Corbin J., Strauss, A. (2015). *Basics of qualitative research techniques and procedures for developing grounded theory*. Saint Joseph, Sage.
- Cullen, F.T. Wilcox, P. (2013) *The Oxford Handbook of Criminological Theory*, Oxford University Press,
- Cunningham, W. Wilson, H. (2011). *Republished original viewpoint: Complaints, shame and defensive medicine*. Postgraduate medical journal, 87(1034), 837-840. doi: 10.1136/pgmj.2011.051722rep
- Daiute, C. Fine, M. (2003). *Researchers as protagonists in teaching and learning qualitative research*. In R. Josselson, A. Lieblich, & D. P. McAdams (Eds.), *Up close and personal: The teaching and learning of narrative research* (pp. 61–77). American Psychological Association. doi:10.1037/10486-004

- Denton, F. H. Phillips, W. (1968). *Some patterns in the history of violence*. *Journal of Conflict Resolution*, 12(2), 182–195. doi: 10.1177/002200276801200203
- DeRosis, H.A. (1971) *Violence: Where Does It Begin?*, *The Family Coordinator* 20, 355-362
- Dilshad, R.M., Latif, M.I. (2013). *Focus group interview as a tool for qualitative research: An analysis*. *Pakistan Journal of Social Sciences (PJSS)*, 33(1) 191-198
- Doyal, L. Pennell, I. (1979). *The political economy of health*. Pluto Press.
- Dollard, J. Miller, N.E. Doob, L.W. Mowrer, O.H. Sears, R. R. (1939). *Frustration and aggression*. Yale University Press. doi: 10.1037/10022-000
- Edley, N. (2001). *Conversation analysis, discursive psychology and the study of ideology: A response to Susan Speer*. *Feminism & Psychology*, 11(1), 136-140.
- Ehrenreich, B. English, D. (1973). *Complaints and Disorders*, New York, Old Westbury
- Etzioni Amitai (1971), *Violence*. Pp. 709-741 i Merton, R.K. Nisbet, R (a cura di) *Contemporary Social Problems* (third edition). New York: Harcourt. doi: 10.1007/978-0-306-48039-3\_2
- Facio, A. (2005). *Feminism, gender and patriarchy*. *Academia*, 3, 259–294.
- Ferracuti, S. (1996). *Cesare Lombroso (1835–1907)*. *Journal of Forensic Psychiatry* 7, 130-149. 10.1080/09585189608409921.
- Foucault M (1989) *The Birth of the Clinic: An Archaeology of Medical Perception*. London: Routledge
- Foucault M. (1973), *The birth of the clinic*, London, Routledge
- Freeman, M. (2014). *The hermeneutical aesthetics of thick description*. *Qualitative inquiry*, 20(6), 827-833. doi: 10.1177/1077800414530267
- Freud Anne (1947), *Aggression in relation to emotional development; normal and pathological*, *The Psychoanalytic Study of the Child*, vol 3, 37-42, doi: 10.1080/00797308.1947.11823077.
- Freud Sigmund (1920) *Al di là del principio di piacere*, Bollati Boringhieri
- Galtung J. Violence (1969) *Violence, Peace and Peace Research*. *Journal of Peace Research*, 6, 167-191, doi: 10.1177/00223433690060030
- Galtung, J. (1990). *Cultural Violence*. *Journal of Peace Research*, 27(3), doi: 291–305. 10.1177/0022343390027003005
- Geertz, C. (1973). *The interpretation of cultures*. New York, NY: Basic Books.
- Gergen KJ (1991) *The Saturated Self: Dilemmas of Identity in Contemporary Life*. New York Basic Books.
- Giorgi, A. (1975) *An application of phenomenological method*. Giorgi, A. Fischer C. Murray E. (A cura di), *Duquesne studies in phenomenological psychology*. Vol. II. Pittsburgh: Duquesne University Press, 1975.
- Glogowska, M. Young, P. Lockyer, L. (2011). *Propriety, process and purpose: Considerations of the use of the telephone interview method in an educational*



research study. Higher Education, 62(1), 17-26. doi:  
10.1007/s10734-010-9362-2

- Goodman, P. Mackey, M.C. Tavakoli, A.S. (2004). *Factors related to childbirth satisfaction*. Journal of advanced nursing, 46(2), 212-219. doi:  
10.1111/j.1365-2648.2003.02981.x
- Halperin, O et al (2011). *Stressful childbirth situations: a qualitative study of midwives*. Journal of midwifery & women's health, 56(4), 388-394. doi.:  
10.1111/j.1542-2011.2011.00030.x
- Hartman, T. (2015). 'Strong multiplicity': an interpretive lens in the analysis of qualitative interview narratives. Qualitative Research, 15(1), 22-38. doi:  
10.1177/1468794113509259
- Hycner, R.H. (1985). *Some guidelines for the phenomenological analysis of interview data*. Human studies, 8(3), 279-303. doi: 10.1007/BF00142995
- Hydén, L.C. (1997). *Illness and narrative*. Sociology of health & illness, 19(1), 48-69. doi: 10.1111/j.1467-9566.1997.tb00015.x
- Hopkins, J. (2004) *Conscience and Conflict: Darwin, Freud, and the Origins of Human Aggression*. Dylan Evans & Pierre Cruse (a cura di) Emotion, Evolution, and Rationality. Oxford University Press.  
10.1093/acprof:oso/9780198528975.003.0012
- Illich, I. (1976), *Nemesi medica. L'espropriazione della salute*, Milano, Mondadori
- ISTAT, La salute riproduttiva della donna (2017)
- Janghorban, R. Roudsari, R.L. Taghipour, A. (2014). *Skype interviewing: The new generation of online synchronous interview in qualitative research*. International journal of qualitative studies on health and well-being, 9(1), doi:  
10.3402/qhw.v9.24152
- Jewkes R, Penn-Kekana L. (2015) *Mistreatment of Women in Childbirth: Time for Action on This Important Dimension of Violence against Women*. PLoS Medicine, 12(6) doi: 10.1371/journal.pmed.1001849.
- Jordan, B. (1981). *Studying childbirth: The experience and methods of a woman anthropologist*. Childbirth. Alternatives to medical control, 181-216. <https://www.jstor.org/stable/2155804>
- Josselson, R.E., Lieblich, A.E., McAdams, D.P. (2003). *Up close and personal: The teaching and learning of narrative research*. American Psychological Association.
- Kassebaum, N.J. et al. (2014). *Global, regional, and national levels and causes of maternal mortality during 1990–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013*. The Lancet, 384(9947), 980-1004. doi:  
10.1016/S0140-6736(14)60696-6
- Kvale, S. (1983). *The qualitative research interview: A phenomenological and a hermeneutical mode of understanding*. Journal of phenomenological psychology, 14(2), 171.
- Langness, L.L. (1972). *Violence in the New Guinea highlands*. James F. Short, Marvin E. Wolfgang (a cura di) Collective violence 171-185 Routledge.

- Lind, L. (1991). *Thanatos: The drive without a name: The development of the concept of the death drive in Freud's writings*. The Scandinavian psychoanalytic review, 14(1), 60-80. doi: 10.1080/01062301.1991.10592256
- Lincoln, Y.S. Lynham, S.A. Guba, E.G. (2011). *Paradigmatic controversies, contradictions, and emerging confluences, revisited*. The Sage handbook of qualitative research, 4(2), 97-128.
- Lombroso Cesare. (1876). *L'uomo delinquente*, Milano Bompiani
- Loudon, I. (1997). *Western medicine: an illustrated history*. Oxford University Press, USA.
- Lowry, R.P. Robert P.R. (1972) *Sociology*. New York: Scribner.
- Ley Orgánica Sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia (2007). Caracas, Venezuela: Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela.
- MacArthur, C. Lewis, M. Knox, E.G. (1991). *Health after childbirth*. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 98(12), 1193-1195. doi: 10.1111/j.1471-0528.1991.tb15386.x.
- Morgan, DL, Krueger RA e King JA a cura di (1998), *Focus Group kit*, London, Sage
- Morris Desmon, (1967) *La scimmia nuda*, Milano, Bompiani
- Mueller, R.A. (2019). *Episodic narrative interview: Capturing stories of experience with a methods fusion*. International Journal of Qualitative Methods, 18, doi: 1609406919866044.
- Muylaert, C.J. Sarubbi Jr V. Gallo, P.R, Neto, M.L.R. Reis, A.O.A. (2014) *Narrative interviews: an important resource in qualitative research*. Revista da Escola de Enfermagem, 48, 184-189. doi: 10.1590/S0080-623420140000800027
- Nagahama, E.E.I. Santiago, S.M. (2005). *The medical institutionalization of childbirth in Brazil*. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(3), 651. doi: 10.1590/S1413-81232005000300021
- Nakano A. et al. (2011), *Childbirth experience according to a group of Brazilian primiparas*, *Midwifery*, 28, doi:10.1016/j.midw.2011.09.014
- Oakley, A. (1984). *The captured womb: A history of the medical care of pregnant women*. New York: Basil Blackwell Publisher Ltd
- Ochberg, R.L. (1988) *Life stories and the psychosocial construction of careers*. *Journal of Personality*, 56, 173-204. doi: 10.1111/j.1467-6494.1988.tb00466.x
- Pandit, N. R. (1996). *The creation of theory: A recent application of the grounded theory method*. The qualitative report, 2(4), 1-15.
- Pellino, I. M., & Pellino, G. (2015). Consequences of defensive medicine, second victims, and clinical-judicial syndrome on surgeons' medical practice and on health service. *Updates in surgery*, 67(4), 331–337. <https://doi.org/10.1007/s13304-015-0338-8>

- Preis H. et al (2019), *Between Expectancy and Experience: Testing a Model of Childbirth Satisfaction*, *Psychology of Women Quarterly*, Vol. 43(1) 105-117, doi: 10.1177/0361684318779537
- Rapley, T. J. (2001). *The art(fulness) of open-ended interviewing: some considerations on analysing interviews*. *Qualitative research*, 1(3), 303-323. doi: 10.1177/146879410100100303
- Renfrew MJ et al. (2014) *Midwifery and quality care: findings from a new evidence-informed framework for maternal and newborn care*. *Lancet*. 384 1129–45. doi: 10.1016/S0140-6736(14)60789-3
- Richardson Lewis F. (1960) *Arms and Insecurity*. Pittsburgh: Boxwood. *Science* vol 132, 3444, doi: 10.1126/science.132.3444.1931
- Sachs, B.P. Beard, R. Papiernik, E. Russell, C. (1995). *Reproductive health care for women and babies*. Oxford Medical Publications
- Sadler M. et al (2016) *Moving beyond disrespect and abuse: addressing the structural dimensions of obstetric violence*. *Reprod Health Matters*. 24, 47-55. doi: 10.1016/j.rhm.2016.04.002
- Scott, J.P. (1958) *Aggression*. Chicago: University of Chicago Press. doi: 10.1126/science.128.3326.708.a
- Sensibili alle foglie (2013), *Medici senza camice, pazienti senza pigiama*, Quaderni di ricerca sociale
- Shabot, S. Korem, K. (2018). *Domesticating Bodies: The Role of Shame in Obstetric Violence*. *Hypatia*, 33(3), 384-401. doi: 10.1111/hypa.12428
- Silverman, D. (1993) *Interpreting Qualitative Data: Methods for Analyzing Talk, Text, and Interaction*, Thousand Oaks, Sage
- Smithson J. (2000) *Using and analysing focus groups: Limitations and possibilities*, *International Journal of Social Research Methodology*, 3(2), 103-119, doi: 10.1080/136455700405172
- Stanko, E. A. (2001). *The day to count: Reflections on a methodology to raise awareness about the impact of domestic violence in the UK*. *Criminal Justice*, 1(2), 215-226. doi: 10.1177/1466802501001002005
- Stone, P. K. (2009). *A history of western medicine, labor, and birth*. Stone P. (a cura di) *Childbirth across cultures* (pp. 41-53). Springer, Dordrecht doi: 10.1007/978-90-481-2599-9\_4
- Tiger, Lionel 1970 "Male Dominance, Yes, Alas. A Sexist Plot? No." *The New York Times Magazine* (October 25)
- Townsend, M.L. Brassel, A.K. Baafi, M. Grenyer, B.F. (2020). *Childbirth satisfaction and perceptions of control: postnatal psychological implications*. *British Journal of Midwifery*, 28(4), 225-233. doi: 10.12968/bjom.2020.28.4.225
- Tunçalp Ö, Were WM, MacLennan C, Oladapo OT, Gülmezoglu AM, Bahl R, et al. (2015) *Quality of care for pregnant women and newborns – the WHO vision*. *BJOG*. 2015;122(8):1045–9. doi: 10.1111/1471-0528.13451

- Versluysen, M.C. (1981). *Midwives, medical men and “poor women labouring of child”*: lying-in hospitals in eighteenth-century London. *Women, health and reproduction*, 18-49.
- WHO (1948) constitution of the world health organization, Ginevra
- WHO (2015) Dichiarazione dell’OMS sul tasso dei tagli cesarei, Ginevra
- WHO (2015) *The Prevention and Elimination of Disrespect and Abuse during Facility-Based Childbirth*. Geneva, Switzerland
- WHO (2016) *Standards for Improving Quality of Maternal and Newborn Care in Health Facilities*. Geneva, Switzerland
- WHO (2018) WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience
- Wilson, A. (2018). *The Making of Man-Midwifery: Childbirth in England, 1660—1770*. London, Routledge doi: 10.4324/9780429022739
- Wilkinson, S. (1998), *Focus group methodology: a review*. *International Journal of Social Research Methodology, Theory and Practice*, 1, 181–204. doi: 10.1080/13645579.1998.10846874
- Zammuner V. (2003) I focus group, Il mulino
- Zamperini A. (2014) *La bestia dentro di noi*, Intersezioni