



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo e della Socializzazione – DPSS

**Corso di Laurea in Scienze Psicologiche dello Sviluppo, della Personalità e delle
Relazioni Interpersonali**

Elaborato finale

PARTORIRE NEL DOLORE: LA VIOLENZA OSTETRICA COME VIOLENZA PSICOLOGICA TRA TABÚ E ABUSO

**GIVING BIRTH IN PAIN: OBSTETRIC VIOLENCE AS GENDER-BASED
VIOLENCE BETWEEN TABOOS AND ABUSES**

Relatrice:

Prof.ssa Caterina Suitner

Correlatrice:

Prof.ssa Alessandra Minello

Laureanda

Giulia Pellizzaro

Matricola: 2016161

Anno Accademico 2023/2024

INDICE

INTRODUZIONE: COSA SAPPIAMO.....	3
CAPITOLO 1: ESSERE MADRE.....	7
CAPITOLO 2: STORIA E LEGISLAZIONE RIGUARDO ALLA VIOLENZA OSTETRICA.....	11
2.1. Testimonianze e casi pubblici salienti.....	13
CAPITOLO 3: DATI E GRAFICI.....	17
CAPITOLO 4: CONCLUSIONI E CONSEGUENZE.....	22
BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA.....	24

INTRODUZIONE: COSA SAPPIAMO

Il seguente elaborato si pone l'obiettivo di assemblare ed integrare le ricerche e gli studi presenti ad oggi a riguardo della Violenza Ostetrica; si tratterà di un lavoro che parzialmente sarà dedicato alla revisione della letteratura e dei dati esistenti, e parzialmente all'analisi di dati nuovi e inediti. L'intenzione è quella di focalizzarsi sugli aspetti e i risvolti psicologici del fenomeno, adottando la lente interpretativa della Violenza di Genere.

Il primo a definire giuridicamente il concetto di Violenza Ostetrica fu lo stato del Venezuela nel 2007 nella " Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia" nell'articolo 15(13): "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 avendo come conseguenza la perdita di autonomia e della capacità di decidere liberamente del proprio corpo e della propria sessualità, impattando negativamente sulla qualità della vita della donna".

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), nel 2014 ha emesso una dichiarazione intitolata "La prevenzione ed eliminazione dell'abuso e della mancanza di rispetto durante l'assistenza al parto presso le strutture ospedaliere". In questo comunicato, vengono identificati che possono essere considerati come mancanza di rispetto e abuso, sia durante che al di fuori delle strutture ospedaliere, nel contesto dell'assistenza al parto: "Resoconti sui trattamenti irrispettosi e abusanti durante il parto nelle strutture ospedaliere includono l'abuso fisico diretto, la profonda umiliazione e l'abuso verbale, procedure mediche coercitive o non acconsentite (inclusa la sterilizzazione), la mancanza di riservatezza, la carenza di un consenso realmente informato, il rifiuto di offrire un' adeguata terapia per

il dolore, gravi violazioni della privacy, il rifiuto di ricezione nelle strutture ospedaliere, la trascuratezza nell'assistenza al parto con complicazioni altrimenti evitabili che mettono in pericolo la vita della donna, la detenzione delle donne e dei loro bambini nelle strutture dopo la nascita connessa all'impossibilità di pagare" (WHO, 2014). Il documento fornisce delle soluzioni per la prevenzione e l'eliminazione di questi trattamenti durante il parto, chiamando all'azione attraverso il supporto governativo, programmi di miglioramento della qualità dell'assistenza materna, evidenziando diritti delle donne, attraverso una produzione di dati, con un coinvolgimento di tutte le parti interessate e la creazione di sistemi di responsabilità e sostegno professionale.

I dati raccolti ad oggi per l'Italia sono parziali, soffrono di lacune metodologiche, ma nonostante questo ci posso aiutare a inquadrare il fenomeno (Figura 1): secondo un'indagine nazionale condotta da Doxa per conto dell'Osservatorio sulla Violenza Ostetrica in Italia (OVO) nel corso di 14 anni (2003-2017), il 21% delle madri afferma di aver subito violenza ostetrica durante il parto. Il 6% delle mamme intervistate ha dichiarato che il primo parto è stato così traumatico da decidere di non avere ulteriori figli. Secondo Cohen S. (2016), il trauma associato alla violenza ostetrica ("birth rape") può essere paragonato a quello esperito dalle vittime di stupro. Dunque, si potrebbe attribuire a questi dati la qualità di elemento-causa alla base della bassa natalità italiana.

Inoltre, delle donne che hanno subito un'episiotomia (procedura chirurgica in cui viene praticato un taglio controllato nel perineo), il 61% pari a 3 madri su 10 non ha dato il consenso informato necessario per autorizzare l'operazione.

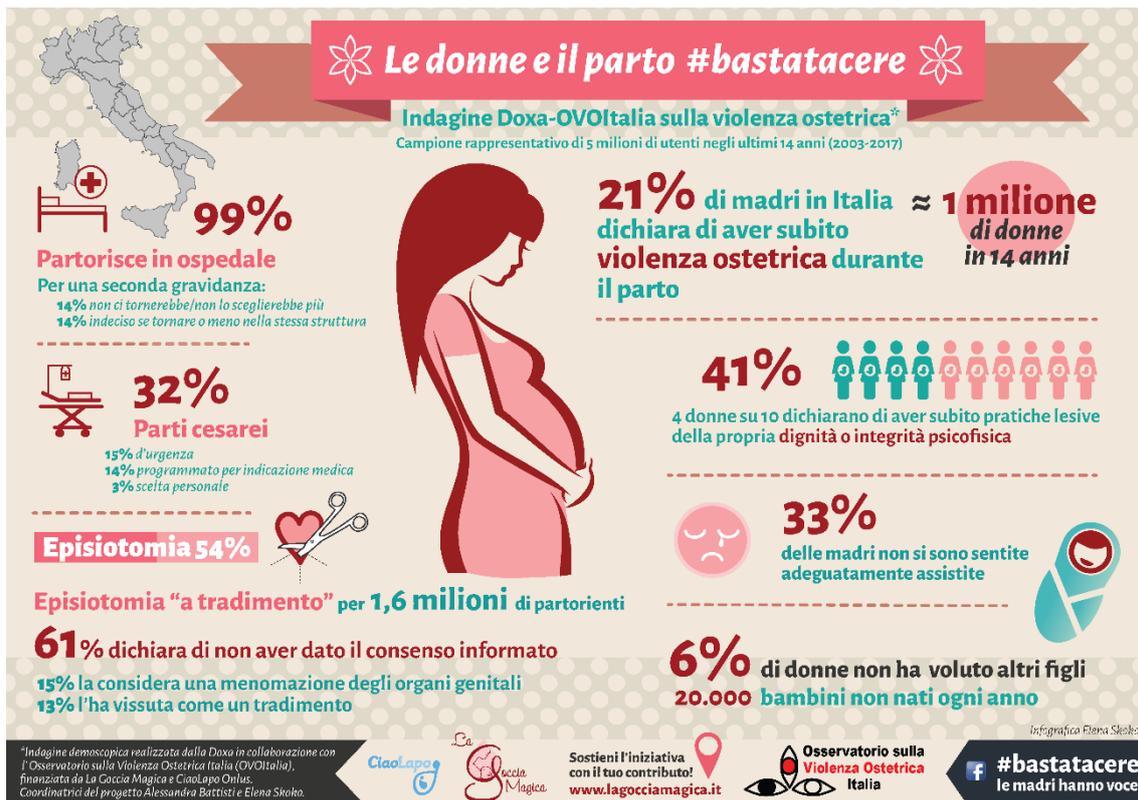


Figura 1: Conciso risultati prima analisi in Italia DOXA-OVO

Uno studio effettuato su un campione di 103 donne frequentanti corsi di educazione al parto (Soet et al., 2003) in Atlanta ha indagato le cause, i fattori concorrenti e la misura in cui le donne vivono come trauma il parto. I risultati sono: l'11.9% delle donne ha sviluppato completamente tutti i sintomi per potere essere diagnosticate con un disordine post traumatico da stress (DPTS) mentre il 30.1% accusava indicatori parziali.

Un ulteriore studio (Menage, 1993) condotto su un campione di 500 donne volontarie volto ad indagare le differenze tra chi soddisfa i criteri di diagnosi per PTSD e le donne che definiscono l'esperienza del parto come 'molto buona' o solo 'leggermente fastidiosa' definite mediante una serie di criteri, individua tra tutte 30 mamme che rispondono ai requisiti di diagnosi per il disturbo da stress post-traumatico. Nove delle 30 sono state precedentemente al parto soggetto di abuso sessuale o stupro, in addendo alla violenza ginecologica od ostetrica.

Il presente elaborato sarà strutturato come segue: verrà introdotto l'argomento e analizzato dalla prospettiva della violenza di genere (Capitolo 1). Verrà poi indagata la

storia e la legislazione riguardo alla violenza ostetrica con annessi casi pubblici salienti e testimonianze (Capitolo 2). Nel Capitolo 3 ci si soffermerà su di un test sviluppato recentemente, approfondendone i risultati; in seguito, esploreremo nelle conclusioni gli impatti psicologici per le neomamme (Capitolo 4).

CAPITOLO 1: ESSERE MADRE

Nella e-mail inviata nel 2019 al Rapporteur Speciale sulla violenza contro le donne delle Nazioni Unite da parte di Skoko E. e Battisti A., fondatrici dell'Osservatorio sulla Violenza Ostetrica (OVO), vengono illustrati i risultati di questionari e attività di ricerca compiuti negli anni 2016-2019 in Italia. Nei documenti in allegato alla e-mail si possono trovare estensivi chiarimenti sui risultati del questionario "Donne italiane e l'esperienza del Parto" (2017) i cui risultati preliminari, successivamente presentati al Ministero della Salute, vengono valutati come non validi in quanto non ritenuti provenire da un campione nazionale statisticamente rappresentativo. (Figura 2).

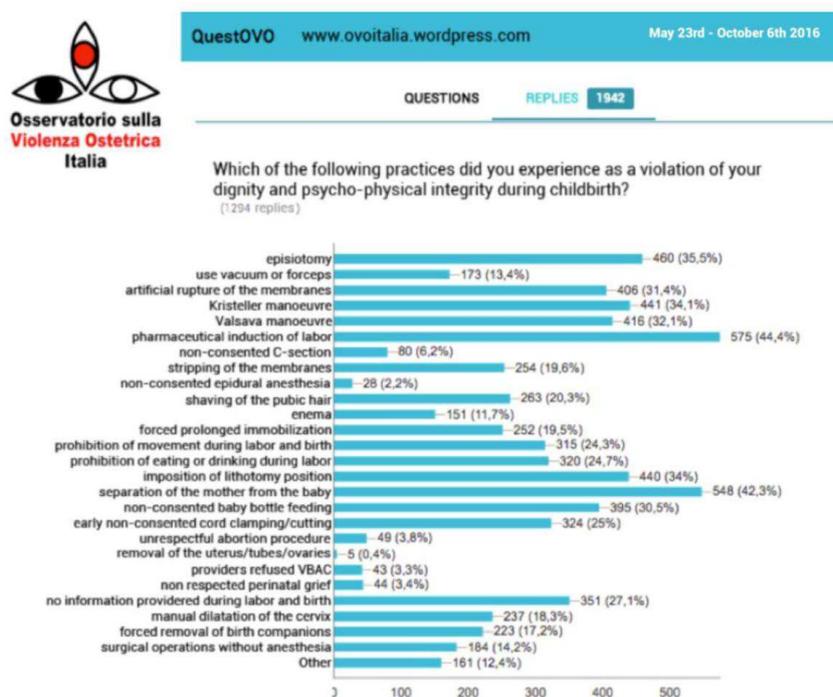


Figura 2: "Donne italiane e l'esperienza del parto", 2017, risultati preliminari

OVO commissiona in seguito a INC e Doxa, due aziende di ricerca e analisi di mercato, un questionario di livello nazionale con lo scopo di misurare 'come le pratiche ostetriche e la cura materna impattano sui diritti umani delle donne'. Il sondaggio aveva come target

madri di età compresa tra i 20 e i 60 anni, con figli nell'età tra 0 e 14 anni. Il gruppo delle 424 donne intervistate è stato scelto in modo da riflettere accuratamente la diversità delle madri italiane in termini di età, area geografica, professione ed istruzione.

I risultati sono stati brevemente anticipati nell'introduzione di questo elaborato. Gli esiti della ricerca, oltre ad evidenziare come 1/3 delle donne non si sia sentito assistito adeguatamente dal personale sanitario al momento del parto, mostrano come l'82% delle intervistate è stata sottoposta ad un intervento medico: taglio cesareo (32%) o episiotomia (50%). Questi dati si posizionano di parecchio al di sopra della percentuale di guida fornita dall'Organizzazione Mondiale della Sanità: sia per l'episiotomia che per il parto cesareo il valore si trova intorno al 10% (OMS, 1996) (OMS, 2015).

Gli outcomes evidenziano chiaramente la presenza di iper-medicalizzazione in quanto un estremo del continuum quale è l'esperienza delle partorienti negli ospedali italiani (99% delle donne sceglie di partorire lì); all'opposto estremo sussiste la mancanza totale di cura e attenzione verso le neomamme.

Ad oggi la violenza ostetrica può assumere variegata forme: attuazione di episiotomia senza consenso informato, utilizzo di forcipe o ventosa, rottura artificiale delle membrane, manovra di Kristeller, manovra di Valsalva, induzione farmaceutica del travaglio, taglio cesareo a cui non si è dato consenso, scollamento delle membrane, epidurale senza consenso, immobilizzazione forzata prolungata, proibizione di movimento durante parto e travaglio, proibizione di bere o mangiare durante il travaglio, imposizione della posizione litotomica, separazione di madre e bambino, alimentazione del bambino tramite biberon senza consenso, prematuro clampaggio o taglio del cordone ombelicale senza consenso, rimozione di utero/tube od ovaie, rifiuto di presa in considerazione del parto naturale dopo un parto cesareo da parte del personale sanitario, mancato rispetto del lutto perinatale, nessuna informazione pervenuta durante parto e travaglio, dilatazione manuale

della cervice, esclusione forzata di accompagnatori durante il parto ed effettuazione di operazioni chirurgiche senza anestesia.

Bowser and Hill (2010) propongono sette categorie per delineare la nozione di mancanza di rispetto durante il periodo di gravidanza e parto: abuso fisico, cura non consensuale, cura non confidenziale, cura non dignitosa, discriminazione basata su caratteristiche specifiche della paziente, abbandono di cure e detenzione in strutture.

La definizione più accreditata di Violenza Ostetrica è quella adottata da Freedman et al. (2014), figura 3 di cui sotto, i quali definiscono il trattamento irrispettoso ed abusante verso le donne durante il parto a partire da 3 livelli: individuale, strutturale e livello normativo.

Il D&A (disrespect and abuse) contro le donne partorienti viene definito dall'autore utilizzando la metafora del "punto cieco": è proprio in questa maniera che sistemi e strutture sanitarie insieme ai professionisti della salute falliscono a dare il giusto peso alla questione 'violenza ostetrica', pur essendo il suddetto un argomento che va oltre i confini nazionali e di cui fanno esperienza tantissime donne.

Bowser e Hill non sono riuscite a cogliere il filo rosso che attraversa i vari scalini di violenza.

L'uso del termine "violenza" per delineare queste pratiche genera preoccupazioni e tensioni con gli operatori sanitari, i quali preferirebbero l'espressione "mistreatment". Sadler e colleghi (2016) esaminano la violenza ostetrica come una questione riconducibile al femminismo e alla violenza di genere, evidenziando il fatto che le donne in travaglio che subiscono violenze siano donne sane e non malate.

Come scrivono Perrotte et al. (2020) le madri e il loro corpo vengono tradotti secondo una lente patriarcale che nel momento del parto (e non solo) sono interpretati come corpi disabili e bisognosi di cura, non dotati di una propria volontà e coscienza.

Sempre Perrotte: “La considerazione della protezione della vita fetale gioca un ruolo significativo nella violenza ostetrica, agendo come misura coercitiva che consente ai medici di ignorare il consenso del paziente e come strumento legale che protegge i medici collocando la loro intenzione nella preservazione della sicurezza del bambino, rendendo così giustificabili qualsiasi azione compiuta sulla madre in base a tale intento. Le madri che non acconsentono a determinati interventi o che offrono alternative alle raccomandazioni del loro medico vengono percepite come colpevoli di non mettere al primo posto la sicurezza del bambino.”

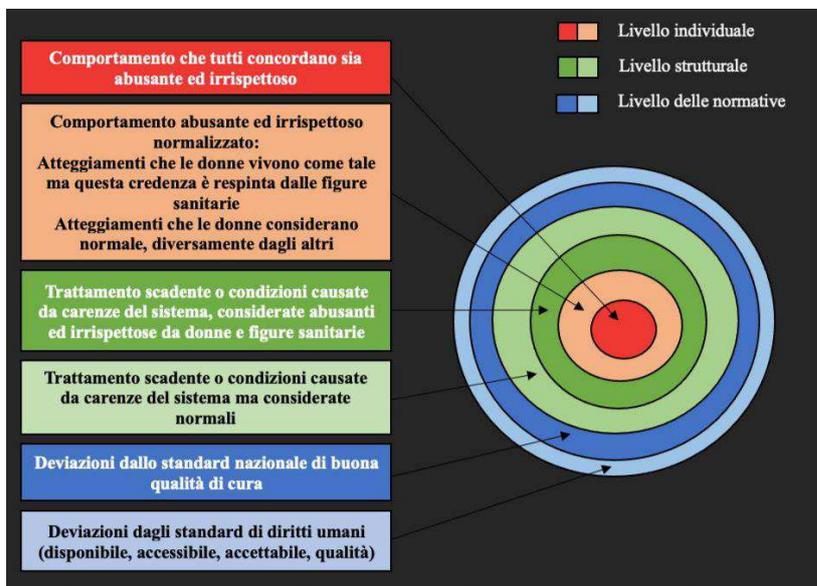


Figura 3: Descrizione trattamento irrispettoso ed abusante verso le donne durante il parto (Freedman et al., 2014)

CAPITOLO 2: STORIA E LEGISLAZIONE RIGUARDO ALLA VIOLENZA OSTETRICA

Come precedentemente osservato nell'introduzione dell'elaborato, la prima nazione a riconoscere giuridicamente la violenza ostetrica come reato punibile a livello legale fu il Venezuela nel 2007. Negli anni successivi altri stati ne hanno seguito l'esempio; è da notare che a livello internazionale è proprio il continente sudamericano ad aver assunto un ruolo pionieristico, aprendo la strada ad una nuova consapevolezza e a necessarie discussioni. I paesi che hanno adottato delle regolamentazioni sono: l'Argentina nel 2004 con la Legge nazionale n° 25.929 – parto rispettoso, la quale mira a garantire il rispetto dei diritti delle donne in gravidanza e durante il parto, promuovendo condizioni di assistenza che siano consone al rispetto della dignità, della privacy e della decisione autonoma delle donne.

In Messico ci sono variazioni nella legislazione a livello statale: nel 2007 è stata emanata la “Legge Generale sull'Accesso delle Donne ad una Vita Libera dalla Violenza” provvedendo a fornire delle linee guida per il governo; nonostante la mancanza di un trattamento esplicito della violenza ostetrica in questa legge, essa è stata successivamente incorporata nelle normative di cinque stati: Chiapas (il primo stato messicano nel 2014 a criminalizzare la violenza ostetrica), Aguascalientes, Guerrero, Messico e Veracruz. Non esiste quindi una legislazione nazionale specifica sul parto umanizzato e la situazione varia in base a regolamentazioni e leggi locali (Aguilar, O.C. et al., 2019).

Nel 2013 anche Panama e Bolivia hanno emesso rispettivamente la Legge 82 e la Legge 348 nelle quali riconoscono il diritto delle donne ad una vita priva di violenze, inclusa la violenza ostetrica. Per la Bolivia sono gli articoli 7 e 8 di questa legge che si focalizzano proprio sui diritti della salute riproduttiva (Aguilar, O.C. et al., 2019).

Sadler: “Dal 2014, sono stati fondati cinque Osservatori sulla Violenza Ostetrica guidati da gruppi della società civile, in Cile, Spagna, Argentina, Colombia e Francia, e nel marzo 2016 hanno pubblicato una dichiarazione comune affermando che la violenza ostetrica è una delle forme più invisibili e naturalizzate di violenza contro le donne e costituisce una grave violazione dei diritti umani. Questa istituzionalizzazione del concetto rappresenta un riconoscimento delle critiche alla medicalizzazione delle strutture di assistenza alla maternità e alla violazione dei diritti alla salute sessuale e riproduttiva” (2016).

Spostandosi in Europa, per quanto concerne la criminalizzazione della violenza ostetrica, si trova un primo riferimento in - la Risoluzione n. 2306/2019 del Consiglio d'Europa, proposta dalla deputata francese Maryvonne Blondin e approvata durante la Sessione Autunnale 2019 presieduta dal Presidente Emmanuel Macron. La risoluzione definisce le violenze ostetriche come pratiche violente nel contesto della Convenzione di Istanbul e le classifica anche come forme di violenza di genere. Il provvedimento invita gli Stati membri ad affrontare il problema della violenza ostetrica e ginecologica, garantendo che l'assistenza alla nascita sia fornita nel rispetto dei diritti e della dignità umana.

In merito alla questione in Italia, l'11 marzo 2016 viene presentato alla Camera dei deputati un Disegno di Legge d'iniziativa del parlamentare Zaccagnini: “Norme per la tutela dei diritti della partoriente e del neonato e per la promozione del parto fisiologico” con obiettivo di promuovere il rispetto dei diritti della partoriente e del neonato durante il parto ospedaliero ed extraospedaliero. Zaccagnini: “Essa nasce dalla recente dichiarazione dell'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) su «La prevenzione e l'eliminazione dell'abuso e della mancanza di rispetto delle donne durante l'assistenza al parto nelle strutture ospedaliere» [...] per promuovere la salute materno-infantile a livello nazionale dobbiamo anzitutto promuovere il rispetto dei diritti della donna e ritenerla soggetto di cure e non oggetto passivo di trattamenti, troppo frequentemente

realizzati senza un reale coinvolgimento della donna stessa nei processi decisionali che riguardano il suo corpo” (Camera dei deputati, 2016).

Il 23 marzo 2018 è stato presentato al Senato un Disegno Di Legge “Norme per la promozione del parto fisiologico e la salvaguardia della salute della partoriente e del neonato” su iniziativa dei senatori De Poli, Binetti e Saccone. L’obiettivo del DDL è:” raggiungere lo scopo di affiancare alla normativa vigente generale di sostegno della maternità interventi straordinari sia di carattere sanitario e socio-assistenziale, sia di tipo economico per le donne [...] La normativa vigente in materia di sostegno della maternità necessita di essere resa più rispondente allo spirito della Costituzione e di essere integrata mediante una serie di interventi volti ad aiutare le donne” (De Poli, 2018). Il progetto è definito da sette articoli.

Il 21 giugno dello stesso anno il caso è stato assegnato ad una commissione parlamentare; in data odierna l’esame non è ancora iniziato.

2.1 Testimonianze e casi pubblici salienti

La necessità di affrontare il problema della violenza ostetrica è evidente, e per farlo è essenziale superare il silenzio e il tabù che lo circondano. Solo attraverso un’aperta discussione e l’attenzione dell’opinione pubblica possiamo sperare di raggiungere questo obiettivo. La violenza ostetrica rappresenta un problema sistemico e la mancanza di una regolamentazione specifica è aggravata dalla scarsa diffusione di informazioni. Recentemente ci sono stati dibattiti pubblici che spesso si sono verificati però solo in risposta a eventi mediatici negativi, evidenziando una mancanza di iniziative preventive da parte dei media e della politica. Questo sottolinea l’importanza di adottare un approccio di attenzione e cura.

Non appartiene ad un passato remoto la tragedia della neomamma che, lasciata sola nei giorni seguenti al parto, si è addormentata schiacciando il proprio figlio, causandone il

soffocamento. La vicenda è avvenuta l'8 gennaio 2023 all'ospedale Pertini di Roma, tre giorni dopo il parto. La madre denuncia di non essere stata ascoltata dagli infermieri quando ha richiesto la possibilità di riposare e di essere stata lasciata da sola. Titoli di giornale nei giorni successivi all'avvenimento drammatico sono arrivati alla colpevolizzazione della madre: "Si addormenta mentre allatta e uccide il figlio – Il neonato è morto schiacciato per l'imperdonabile errore della madre", tuttavia dopo poche ore è emersa la verità: 17 ore di travaglio, denunce di sindacati per grave carenza di personale nella stessa struttura e protocolli risalenti ai tempi del Covid ancora in piedi.

Nel maggio del 2023 è stato pubblicato il rapporto annuale di Save the Children: "Le Equilibriste – La maternità in Italia 2023", la relazione approfondisce "il divario di genere nel lavoro e nella cura familiare, il vissuto difficile delle mamme tra parto e conciliazione dei carichi di lavoro di cura." È essenziale citare dati particolarmente rilevanti riguardo al benessere delle madri dopo il parto: "Le sensazioni provate nelle settimane successive al parto sono sia positive che negative: solo il 10% racconta di sensazioni solamente positive e il 2% di sensazioni solo negative. Quasi la metà di chi ha provato l'esperienza del parto (47%) dice di aver provato in egual misura sentimenti negativi e positivi [...]

La gioia provata per l'arrivo di un figlio (il 77% delle intervistate che hanno provato sensazioni positive la cita come sensazione prevalente), insieme al senso di completezza (43%), serenità (40%) e appagamento (39%), si intrecciano con emozioni negative come la stanchezza, l'insicurezza (53%), la paura (51%), il senso di inadeguatezza (44%) e la solitudine (38%) [...]

Il 20%, 1 donna su 5, si è dichiarata molto e moltissimo d'accordo (voti dall'8 al 10) con l'affermazione "mi sono sentita triste e giù di morale", percentuale che sale al 41% se si considerano i gradi di accordo dal 6 al 10. Il 37% delle mamme è d'accordo o molto/moltissimo d'accordo (voti dal 6 al 10) con l'affermazione "mi sono sentita sola e abbandonata a me stessa" [...] più di una mamma su 3 [...] dichiara di aver

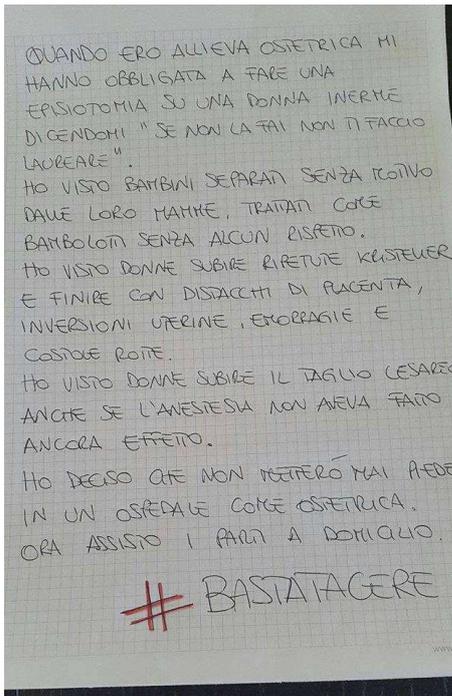
avuto l'esigenza, nelle settimane/mesi successivi al parto, di un supporto psicologico da parte di un professionista (36%).”

Nel 1972 in Italia alcuni collettivi ferraresi propongono la campagna “Basta tacere” che si conclude con la creazione e distribuzione di un pamphlet contenente diverse testimonianze di donne nell'ambito della gravidanza (Figura 4). Le ragioni della campagna sono citate nell'opuscolo “Riteniamo non si possa più tacere tutto quello che le donne subiscono nel parto, nell'aborto e in qualsiasi occasione entrino in contatto con la medicina in generale e in particolare con le sue istituzioni: ospedali, medici, ostetriche, ecc. [...] Il bisogno di far conoscere e conoscere le singole esperienze deriva dall'esigenza di vincere l'isolamento entro cui ci hanno costrette fra le mura domestiche dove ogni cosa ci sembra un problema personale perché non possiamo confrontarlo con quello delle altre donne. Noi abbiamo visto che non esistono problemi personali perché nessuno è risolvibile individualmente”.



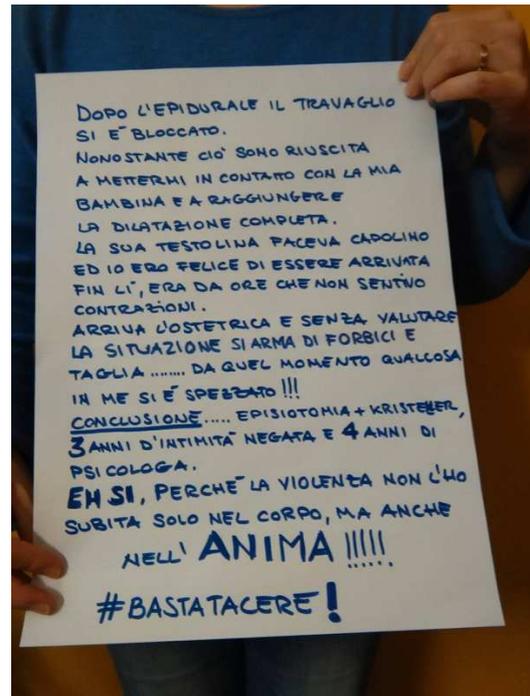
Figura 4: Testimonianza di una donna contenuta nel pamphlet distribuito dai collettivi di Ferrara in seguito alla campagna "Basta tacere!"

La campagna viene riproposta nel 2016 attraverso Facebook e in 15 giorni riceve oltre 20.000 mi piace e più di 1100 immagini scritte di testimonianze in merito a maltrattamenti ed abusi durante la gravidanza e/o parto (Skoko, E., Battisti A., OVO, 2019) (Figura 5, 6, 7).



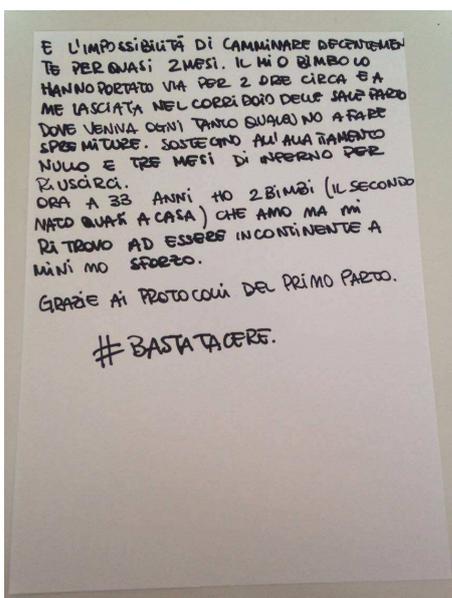
QUANDO ERO ALLIEVA OSTETRICA MI HANNO OBBLIGATA A FARE UNA EPISIOTOMIA SU UNA DONNA INERME DICENDOMI "SE NON LA FAI NON TI FACCIAMO LAUREARE".
HO VISTO BAMBINI SEPARATI SENZA MOTIVO DALE LORO MAMME, TRATTATI COME BAMBOLOTTI SENZA ALCUN RISPETTO.
HO VISTO DONNE SUBIRE RITROTE KRISTEYER E FINIRE CON DISTACCHI DI PLAGENTA, INVERSIONI UTERINE, EMOBRAGIE E COSTOSE ROTTE.
HO VISTO DONNE SUBIRE IL TAGLIO CESAREO ANCHE SE L'ANESTESIA NON AVEVA FATTO ANCORA EFFETTO.
HO DECISO CHE NON METTERO MAI ADEE IN UN OSPEDALE COME OSTETRICA.
ORA ASSISTO I PARTI A DOMICILIO.
BASTA TACERE

Figura 5



DOPO L'EPIDURALE IL TRAVAGLIO SI E' BLOCCATO.
NONOSTANTE CIO' SONO RIUSCITA A METTERMI IN CONTATTO CON LA MIA BAMBINA E A RAGGIUNGERE LA DILATAZIONE COMPLETA.
LA SUA TESTOLINA FACEVA CADOLINO ED IO ERO FELICE DI ESSERE ARRIVATA FIN LI', ERA DA ORE CHE NON SENTIVO CONTRAZIONI.
ARRIVA L'OSTETRICA E SENZA VALUTARE LA SITUAZIONE SI ARMA DI FORBICI E TAGLIA DA QUEL MOMENTO QUALCOSA IN ME SI E' SPEZZATO !!!
CONCLUSIONE..... EPISIOTOMIA + KRISTEYER, 3 ANNI D'INTIMITA' NEGATA E 4 ANNI DI PSICOLOGA.
EH SI, PERCHE' LA VIOLENZA NON L'HO SUBITA SOLO NEL CORPO, MA ANCHE NELL' ANIMA !!!!!
#BASTA TACERE!

Figura 6



E L'IMPOSSIBILITA' DI CAMMINARE DECENTEMENTE PER QUASI 2 MESI. IL MIO BAMBINO HANNO PORTATO VIA PER 2 ORE CIRCA E A ME LASCIATA NEL CORRIDOIO DELLE SALE PARTO DOME VENIVA OGNI TANTO SUOLA NO A FARE SPES MITURE. SOSTENGO AN'ALTRA TANTO NULLO E TRE MESI DI INFERNO PER RUSCIRCI.
ORA A 33 ANNI HO 2 BAMBI (IL SECONDO NATO QUASI A CASA) CHE AMO MA MI RI TRONO AD ESSERE INCONTINENTE A MINIMO SFORZO.
GRAZIE AI PROTOCOLLI DEL PRIMO PARTO.
BASTA TACERE.

Figura 7

CAPITOLO 3: DATI E GRAFICI

Un'indagine online su un campione di 2002 madri è stata svolta nel periodo compreso tra dicembre 2023 e gennaio 2024, con particolare riferimento all'ambito della violenza ostetrica. La ricerca è stata coordinata dalla Prof.ssa Alessandra Minello e dalla Prof.ssa Livia Ortensi, entrambe del Dipartimento di Scienze Statistiche rispettivamente dell'università di Padova e dell'università di Bologna. Il target della ricerca includeva donne di età che varia tra i 25 e i 45 anni, con figli tra i 3 e i 14 anni. Il questionario pre-test presentava un totale di 41 domande. La ricerca si poneva il duplice obiettivo di misurare la diffusione del fenomeno a livello nazionale e coglierne le ricadute sui comportamenti riproduttivi.

Per l'obiettivo di questa tesi il questionario può essere suddiviso in due ambiti distinti: il primo incentrato sul tema del benessere, mentre il secondo sul trauma. Nel contesto del benessere, si identificano sette elementi rilevanti per gli obiettivi di questo elaborato, focalizzati sulle percezioni della madre durante o subito dopo il parto. Per quanto riguarda l'area relativa al trauma, si individua una principale domanda riguardante la percezione di aver vissuto un'esperienza traumatica. Il questionario è costruito attraverso l'uso di diverse scale: principalmente nelle domande di interesse di questa tesi viene utilizzata la scala Likert per verificare il grado di accordo o la misura di approvazione, con estremi che possono variare spaziando da “completamente in disaccordo” a “completamente d'accordo”. Sono presenti per la valutazione delle risposte di tutto il questionario, anche scale dicotomiche e scale a scelta multipla; si trovano inoltre item attraverso cui sono stati raccolti dati qualitativi, come per esempio alcune domande aperte in merito all'esperienza del parto.

Gli item facenti parte della categoria benessere sono: “Mi sono sentita circondata dall’affetto dei miei cari” (Item 1), “Mi sono sentita sola e abbandonata a me stessa” (Item 2), “La gioia per il lieto evento ha ripagato tutte le fatiche” (Item 3), “Mi sono sentita sopraffatta dalla stanchezza fisica e/o mentale” (Item 4), “Mi sono sentita triste e giù di morale” (Item 5), “Mi sono sentita fisicamente e mentalmente in grado di prendermi cura del mio bambino” (Item 6), “Mi sono sentita inadeguata al ruolo materno” (Item 7). (Grafico 1).

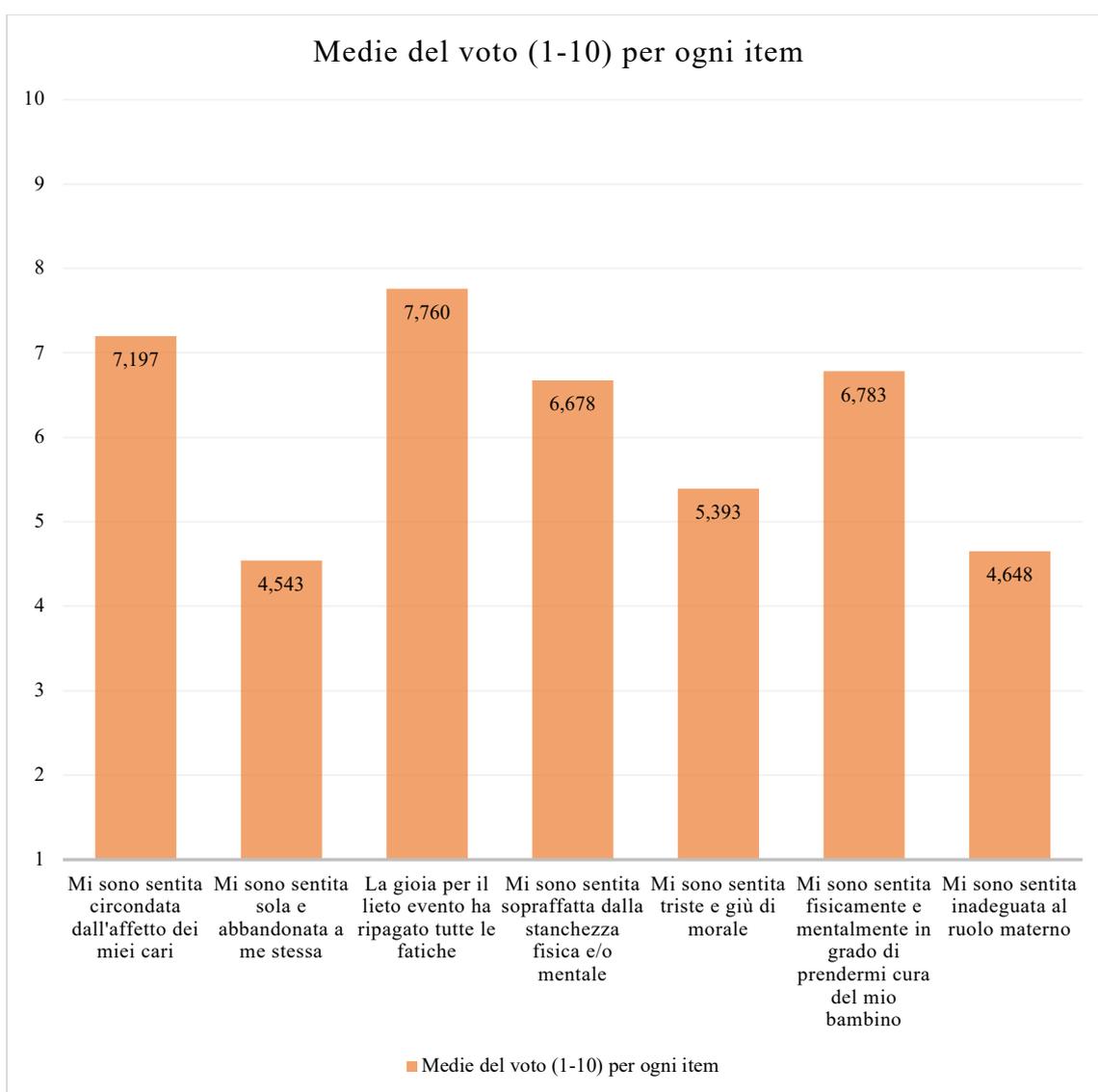


Grafico 1: Medie del voto per ogni item

L'istogramma di cui sopra rappresenta visivamente gli elementi raccolti dal questionario a riguardo degli item scelti, i dati sono rappresentati attraverso le percentuali e suddivisi in base alla scala continua a 10 punti con cui sono stati misurati. Il voto 1 corrisponde quindi a "completamente in disaccordo", mentre un 10 coincide a "completamente d'accordo". L'item 1 "Mi sono sentita circondata dall'affetto dei miei cari" presenta una media di 7,197, evidenziando una certa accordanza con la domanda. La percentuale di donne in completo disaccordo è del 4,15% (=83 partecipanti) mentre in completo accordo si ha un 9,04%.

Come item 2 si trova "Mi sono sentita sola e abbandonata a me stessa"; la media delle risposte date ha un punteggio di 4,543. Il 6,74% delle intervistate è completamente d'accordo con l'affermazione, mentre un 26,57 si dice completamente in disaccordo.

"La gioia per il lieto evento ha ripagato tutte le fatiche" è il terzo item: il punteggio di media è di 7,760 (item che presenta le risposte più gradevoli), tanto che solo il 2,65% delle partecipanti (53 persone) si posizionano al voto 1. Il 39,46% delle donne si trova in completo accordo con quanto espresso dalla domanda.

"Mi sono sentita sopraffatta dalla stanchezza fisica e/o mentale", item 4: la media delle risposte è posizionata a 6,674; 394 intervistate (19,68%) indica la propria scelta nel punto 10. Sono 136 le donne che si trovano in completo disaccordo.

È con la domanda numero 5 "Mi sono sentita triste e giù di morale" che si raggiunge una media del 5,393 indicando un certo equilibrio tra accordo e dissenso. La percentuale di partecipanti che indica come propria preferenza "completamente in disaccordo" è del 16,43%, mentre "completamente d'accordo" è scelto dall' 11,14%.

Il 19,33% delle intervistate, corrispondente a 387 donne, afferma di essersi completamente sentita fisicamente e mentalmente in grado di prendersi cura del proprio

bambino; è di 3,85% la percentuale di persone che non si rivedono in ciò e si posizionano all'estremo opposto. La media ha valore di 6,783.

Infine, un 8,59% delle intervistate riferisce un certo grado di accordo (“completamente d'accordo”) con l'enunciato: “Mi sono sentita inadeguata al ruolo materno”. 462 donne (23,08%) dichiarano di non essersi sentite in questa maniera, scegliendo il punto 1. La media di questo item corrisponde a 4,648

Nell'ambito del “trauma”, le partecipanti hanno valutato le risposte alla domanda utilizzando una scala Likert a 4 punti, che spaziava da “per nulla” a “molto”. È stato chiesto loro di indicare il livello di trauma sperimentato durante il primo parto (Grafico 2).

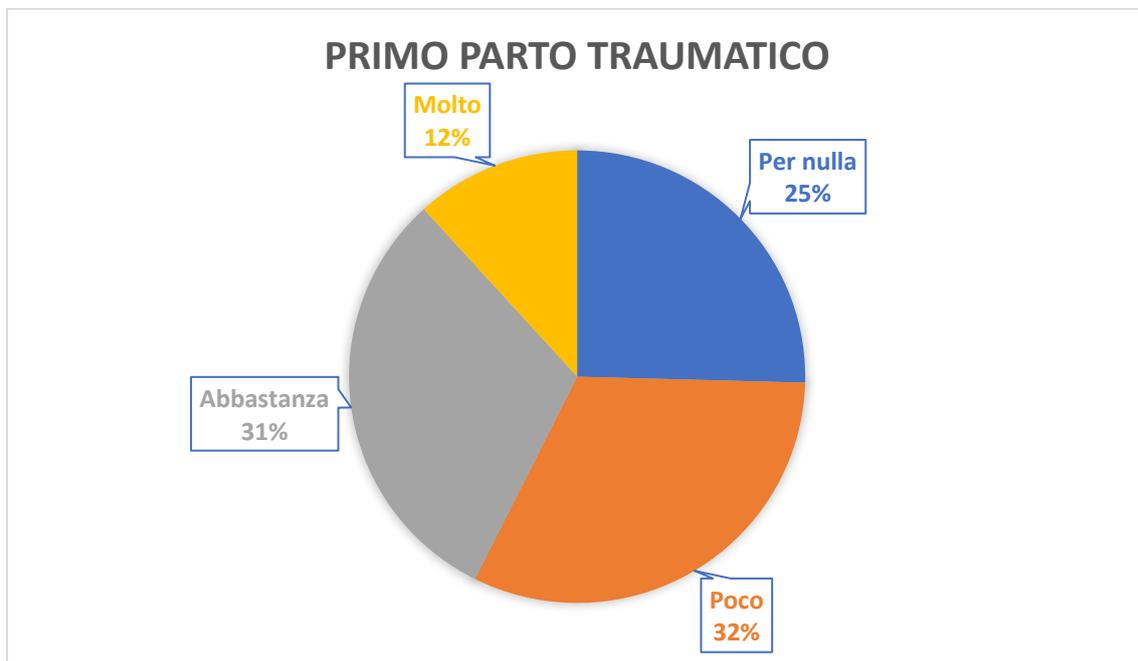


Grafico 2: Risposte delle intervistate all'item “primo parto traumatico” espresse in percentuali

In ordine di percentuale: il 31,97% delle donne, equivalente a 640 delle 2002 intervistate, sceglie “poco” come opzione favorita. Segue un “abbastanza” scelto dal 30,87%, 509 (25,42%) donne hanno vissuto il primo parto in nessun modo come traumatico mentre

solo l'11,74% delle partecipanti al sondaggio afferma esattamente il contrario. In totale, dunque, le madri che hanno vissuto un'esperienza che definiscono a vari livelli traumatica sono il 75%. Alle donne che hanno risposto "abbastanza" o "molto" è stato successivamente chiesto se fossero rimaste turbate dal punto di vista psicologico/emotivo; di 853 intervistate, il 39,86% (340 persone) ha risposto di sì.

CAPITOLO 4: CONCLUSIONI E CONSEGUENZE

Questo elaborato ha evidenziato quanto sia essenziale affrontare il fenomeno della violenza ostetrica da un punto di vista politico e di potere, riconoscendolo per ciò che è: una questione di genere. “But if obstetric violence is gender violence, this must be gendered torture: it is perpetrated with the goal of humiliating and controlling women, of reifying them (turning them into concrete objects) and robbing them of their free embodied subjectivity in labor” (Cohen Shabot & Sadler, 2023).

Nel capitolo 1 del presente elaborato si sono delineati i confini della violenza ostetrica, focalizzandosi sulla sua descrizione ed espressione in quanto tangibile violenza di genere. Nel capitolo 2 è stata illustrata la legislazione esistente (ancora carente) che criminalizza la violenza ostetrica: in Italia nel 2018 è stato proposto un disegno di legge ma la discussione a riguardo deve ancora cominciare. Il Sudamerica è fortemente impegnato: alcuni paesi dispongono di legislazioni che definiscono e criminalizzano precisamente questo tipo di abuso. La violenza ostetrica ha una forte componente culturale e si coglie sia dal fatto che venga affrontata nei vari paesi in maniera diversa, sia da alcune dinamiche di abuso che si manifestano diversamente nei vari paesi. Nel capitolo 3 si giunge alla presentazione dei dati di un questionario recentemente sviluppato. I risultati dell'indagine hanno rivelato che molte madri hanno sperimentato sensazioni di solitudine e stanchezza fisica e mentale durante il parto. Inoltre, un numero significativo ha riportato di aver vissuto un'esperienza traumatica. Questa indagine, sebbene qui si siano mostrati solo alcuni aspetti, evidenzia le dinamiche sia fisiche che verbali della violenza ostetrica assumono una dimensione rilevante anche in Italia. Anche qui come nel resto dei paesi che ancora ne sono sprovvisti una riforma è necessaria: una riforma che abbia valore trasversale e sappia cogliere tutte le varie sfumature e conseguenze della violenza ostetrica.

Un focus sul periodo post-natale è necessario, su “Le equilibriste – La maternità in Italia” (2023) tra le raccomandazioni si legge: “Ad integrazione delle misure di sostegno alla genitorialità, sono fondamentali i servizi dedicati ai primi mille giorni di vita, che riducono i fattori di rischio di povertà intergenerazionale e di disuguaglianze. Pertanto, si raccomanda alle istituzioni competenti di: garantire la possibilità per le neomamme di accedere ad un’assistenza domiciliare post-parto per promuovere allattamento, supporto psicologico, orientamento al territorio, iscrizione al nido ed eventuale sostegno materiale e sociale; [...] garantire che il cosiddetto “percorso nascita” preveda per ciascuna madre in gravidanza una “early assistance”, che comprenda l’agenda gravidanza, un’informativa su corsi di accompagnamento alla nascita, la diagnostica e gli screening prenatali, così come una valutazione socioeconomica per individuare fin da prima dell’evento nascita eventuali fragilità del nucleo familiare.”

Per quanto riguarda le nuove prospettive di ricerca sarebbe interessante approfondire le correlazioni depressione post-partum, disturbo post traumatico da stress e violenza ostetrica. PTSD e depressione post-partum, infatti, sono fortemente connesse a questa problematica.

In Italia si stima che la depressione post-partum colpisca “tra il 7 e il 12% della popolazione delle neo-mamme, generalmente tra la sesta e dodicesima settimana dopo la nascita del figlio” (Ministero della Salute, 2023).

Affrontare l’argomento permetterebbe non solo di migliorare l’esperienza del parto, ma anche di prevenire le conseguenze a lungo termine su madre e bambino.

“If recommendations continue to focus on making medical practice more humanized in a non-humanized violent society, the context remains problematic” (Murray de Lopez J., 2018).

BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

- Aguilar, O. C., Falcón, M. T., & Santiago, R. V. (2019). Obstetric violence criminalised in Mexico: A comparative analysis of hospital complaints filed with the Medical Arbitration Commission. *BMJ Sexual & Reproductive Health*.
- ANSA. (2023, 22 gennaio). Madre si addormenta mentre allatta, morto neonato a Roma. ANSA https://www.ansa.it/sito/notizie/cronaca/2023/01/22/madre-si-addormenta-mentre-allatta-morto-neonato-a-roma_99ed40aa-312e-456d-ac0f-23634ab8105d.html
- Basta Tacere! Testimonianza di donne (1972) http://www.femminismoruggente.it/femminismo/pdf/1972/basta_tacere.pdf
- Bowser, D., & Hill, K. (2010). Exploring evidence for disrespect and abuse in facility-based childbirth: report of a landscape analysis. USAID-Traction project.
- Camera dei Deputati, (2016). Proposta di legge su Norme per la tutela dei diritti della partoriente e del neonato e per la promozione del parto fisiologico (Numero 3670).
- Cohen Shabot, S. (2016). Making loud bodies “feminine”: a feminist phenomenological analysis of obstetric violence. *Human Studies*, 39, 231-247.
- Cohen Shabot, S., & Sadler, M. (2023). “My Soul Hurt, and I Felt as If I Was Going to Die”: Obstetric Violence as Torture. *Hypatia*, 38(3), 607–627. doi:10.1017/hyp.2023.72
- Freedman, L. P., & Kruk, M. E. (2014). Disrespect and abuse of women in childbirth: challenging the global quality and accountability agendas. *The Lancet*, 384(9948), e42-e44.

Ley N° 25.929. Parto Humanizado, Presidencia de la Nación (Ministerio de Justicia y derechos Humanos), Secretaría de Derechos Humanos y Pluralismo Cultural, 2004

Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2008/6604.pdf>
Asamblea Nacional de la República Bolivariana de Venezuela, Ley Orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia, 2007

Menage, J. (1993). Post-traumatic stress disorder in women who have undergone obstetric and/or gynaecological procedures: a consecutive series of 30 cases of PTSD. *Journal of Reproductive and Infant psychology*, 11(4), 221-228.

Ministero della Salute (2023). Depressione post partum. <https://www.salute.gov.it/portale/donna/dettaglioContenutiDonna.jsp?lingua=italiano&id=4496&area=Salute%20donna&menu=nascita>

MP, L. Parto humanizado y violencia obstétrica en parámetros de la Organización Mundial de la Salud. Legislación de Argentina, Venezuela y México.[Internet]. 2021 [cited 2021 Dec 9].

Murray de Lopez, J. (2018) When the Scars Begin to Heal: Narratives of Obstetric Violence in Chiapas, Mexico. *International Journal of Health Governance*, 23, 60-69. <https://doi.org/10.1108/IJHG-05-2017-0022>

Perrotte, V., Chaudhary, A., & Goodman, A. (2020). “At least your baby is healthy” obstetric violence or disrespect and abuse in childbirth occurrence worldwide: A literature review. *Open Journal of Obstetrics and Gynecology*, 10(11),1544-1562.

Red Internacional de Observatorios de Violencia Obstétrica. Declaración conjunta.

<https://drive.google.com/file/d/0B-ucL20WyuYRZXFOQ18xWGd4d1U/view>.

2016 March 8.

Sadler, M., et al. Moving beyond disrespect and abuse: addressing the structural dimensions of obstetric violence. In: Reproductive Health Matters. 2016, vol. 24, n. 47, pp. 47-55

Save the Children. (2023). Le Equilibriste – La maternità in Italia 2023.

Senato della Repubblica. (2018). Norme per la promozione del parto fisiologico e la salvaguardia della salute della partoriente e del neonato, Antonio De Poli et al., (S.109 - 18^a Legislatura).

<https://www.senato.it/leg/18/BGT/Schede/FascicoloSchedeDDL/ebook/48712.pdf>

Skoko, E., Battisti A., OVO (2019). Submission on Obstetric Violence in Italy. Alto commissariato delle Nazioni Unite per i diritti umani – Rapporteur speciale sulla violenza contro le donne

Soet, J. E., Brack, G. A., & DiIorio, C. (2003). Prevalence and predictors of women's experience of psychological trauma during childbirth. Birth, 30(1), 36-46

World Health Organization. (2014). The prevention and elimination of disrespect and abuse during facility-based childbirth: WHO statement (No. WHO/RHR/14.23). World Health Organization.

World Health Organization Division of Family Health Maternal Health and Safe Motherhood. Care in normal birth: a practical guide. Report of a technical working group. Geneva: World Health Organization; 1996.

WHO, H. (2015). WHO statement on caesarean section rates. Geneva, Switzerland.