

Sasha Damiani

Lo faccio per il tuo bene

Sguardi e testimonianze
sulla violenza ostetrica

IM

Il Margine



La violenza perinatale riguarda una delle sfere più intime delle donne, eppure non è un fatto privato — o almeno non dovrebbe esserlo. Perché incide sul benessere di una larghissima fetta della popolazione e ha conseguenze anche su bambini e bambine. Riguarda la salute pubblica e la Sanità, a cui dovremmo poterci rivolgere sempre con serenità e fiducia.

Negli ultimi quindici anni, in Italia si parla molto di più di violenza ostetrica, e questo è un bene. Ma spesso il dibattito diventa gridato e polarizzato, silenziando proprio la voce di chi dovrebbe esserne al centro. Sasha Damiani, medica e attivista, dà spazio in queste pagine alle testimonianze di chi ha subito, di chi ha agito, di chi ha assistito, inserendole in una cornice che ne evidenzia le dinamiche personali, sociali e organizzative, accanto agli studi che mostrano la dimensione sistemica del problema.

Per provare ad andare oltre ciò che succede in sala parto, e interrogarsi sul perché succede.

E come evitare che accada di nuovo.

Sasha Damiani

1980

Medica anestesista, si occupa di medicina di genere, comunicazione sanitaria e violenza ostetrica, portando questi temi in formazione, docenza e dibattito pubblico. Nel 2022 ha fondato la community «Mamme a Nudo», dedicata a maternità e autodeterminazione in ambito ostetrico-ginecologico.

Pluralità. Eterogeneità. Apertura.

Il Margine, progetto editoriale di Erickson, dà voce a punti di vista dissonanti e originali per metterli al centro del pensiero e del dibattito.

IN COPERTINA Immagine di Jaroslav A. Polák

PROGETTO GRAFICO Bunker

€ 16,00

Introduzione

Nel 2008, al terzo anno di specializzazione, ho messo piede per la prima volta in una sala parto.

Uno degli aspetti che più mi affascinavano della mia professione era l'idea che il dolore non si sopporta, ma si comprende e si cura.

Era scritto così nei libri, era ribadito nelle linee guida e stampato sui poster appesi nei corridoi: «Questo è un ospedale senza dolore».

In tutti i reparti in cui avevo lavorato fino a quel momento i protocolli stabilivano che si chiedesse a ogni paziente — bambini compresi — di quantificare il proprio dolore: da 0 a 10. Sopra il 3 si interveniva, perché quel dolore era considerato inaccettabile.

Un altro principio che mi portavo dietro dai tirocini precedenti era quasi un mantra: essere chiari, onesti, completi. Non minimizzare. Non decidere al posto di chi hai davanti. Non infantilizzare.

«È finita l'epoca della medicina paternalistica», ci ripetevano. Il tempo dei vari prof. dott. Guido Tersilli doveva restare un lontano ricordo un po' imbarazzante, e dovevano finire anche i vezzeggiativi spersonalizzanti: basta chiamare «nonno» ogni anziano, basta usare il numero di letto o la diagnosi come nome proprio.

Poi ho attraversato quella porta.

E ho avuto la sensazione netta che lì dentro valessero altre regole. Qualcuno scherzava dicendo che in Ostetricia si entrava in una macchina del tempo. Io non sapevo ancora come chiamarla, quella sensazione — né se fosse solo mia — ma era come se quella medicina che ci si sforzava di dichiarare superata altrove, lì stesse vivendo i suoi anni d'oro.

C'era la donna che chiedeva per ore un po' di sollievo. Quella a cui venivano messi dieci punti di sutura senza anestesia. Quella che, poche ore dopo un cesareo, implorava un antidolorifico perché alzarsi fino al fasciatoio le toglieva il fiato.

In qualunque altro reparto, ne ero convinta, avrebbero ricevuto farmaci. In quel contesto, invece, capitava più spesso che si sentissero dire di stringere i denti. O che forse stavano esagerando. Addirittura, che dovevano essere «più motivate».

Mi colpivano molto anche la normalità e la rapidità con cui le donne, fin dalla prima ecografia, smettevano di essere persone con un nome e diventavano un ruolo.

Non era apertamente offensivo, certo, ma perché nei reparti con cinquanta letti ci si sforzava di ricordare — o quanto meno, di leggerlo dalla cartella — nome e cognome, mentre le venti ricoverate in Ostetricia diventavano tutte, indistintamente, «mamme»?

E perché avevo l'impressione che il tono di voce con cui ci si rivolgeva loro fosse diverso: attenuato, rallentato, cantilenante? Sembrava quasi che attraversare una gravidanza trasformasse automaticamente un'a-

dulta in qualcuno da trattare come se non lo fosse del tutto.

Molti anni dopo avrei imparato a dare un nome ad alcuni di quei comportamenti. Come il *gaslighting medico*:¹ quando il vissuto e i sintomi di una persona vengono minimizzati, messi in dubbio, reinterpretati fino a essere delegittimati. Non è un fenomeno esclusivo dell'ambiente ginecologico, ma quando la paziente è una donna succede più spesso.²

Succede a chi si sente dire: «Non è possibile che tu sia in travaglio», e partorisce pochi minuti dopo. Succede a chi descrive mestruazioni invalidanti e viene liquidata come lamentosa, per poi scoprire, dieci anni dopo, di avere un'endometriosi.³

Ed è successo anche a me.

Dopo il parto non avevo latte e mio figlio, non ricevendo nutrimento a sufficienza, mostrava segni di ipoglicemia. Le mie preoccupazioni venivano accolte con un sorriso indulgente: «Non fare la dottoressa. Adesso pensa solo a fare la mamma. Rilassati».

Ho dovuto insistere. Insistere per un controllo. Insistere per dimostrare che maternità e conoscenze mediche — oltre che comune buon senso — potevano coesistere.

La glicemia era davvero molto sotto il minimo: neonatologo in urgenza, glucosio e integrazione con formula. Il latte arrivò solo cinque giorni dopo.

Ma la domanda è rimasta: perché avevo dovuto fare così tanta fatica per essere creduta?

Dal 2008 ho lavorato in cinque diverse sale parto. Ho conosciuto contesti e colleghi profondamente rispettosi e decisamente più umani rispetto a quella

prima esperienza. Ma ho anche ritrovato, con una frequenza che non può essere una semplice casualità, quegli stessi identici problemi. Ho ascoltato centinaia di testimonianze. Ho studiato, insegnato, raccolto storie.

E azzardo un'ipotesi: il modo in cui la maternità viene assistita è ampiamente migliorabile.

Non parlo di complicanze imprevedibili. Non parlo di aspettative romantiche deluse. Parlo di mancanza di rispetto. Di ascolto negato. Di frasi che rimangono addosso per anni. Parlo di esperienze che possono diventare traumatiche nel senso clinico del termine, come ormai mostrano le evidenze scientifiche.⁴

Ci sono anche i racconti positivi, addirittura luminosi. Quelli di un'assistenza che riesce a lasciare ricordi pieni di umanità, perfino in situazioni drammatiche.

Per fortuna.

Ma la «fortuna» non dovrebbe essere la categoria con cui descriviamo l'assistenza sanitaria, come se fosse una lotteria senza alcun criterio certo a garantire che il nostro biglietto sarà quello vincente. Solo speranze.

Al Nord, al Sud, nel policlinico universitario e nel piccolo ospedale, in Italia e in qualunque altro Paese al mondo ci sono storie di diritti negati, di coercizione e dignità violata, di frasi umilianti che rimangono impresse per tutta la vita. Queste storie hanno un nome: violenza ostetrica.

Donne che, apparentemente, hanno solo avuto *sfortuna*.

I numeri non dicono tutto e i dati non sono mai davvero «oggettivi»,⁵ ma esistono: le percentuali di chi riferisce esperienze di abuso peripartum oscillano nel mondo tra il 10% e l'80%.⁶ Un intervallo enorme, con molte ragioni alle spalle. Ma anche nella versione più ottimista, una su dieci è troppo.

Se sapessimo che in un qualsiasi contesto istituzionale una persona su dieci viene sistematicamente maltrattata, lo chiameremmo «problema pubblico». E invece continuiamo a trattarlo come un fatto privato.

In realtà, è anche un tema di salute pubblica. Riguarda il benessere ginecologico, sessuale e mentale di una larga parte della popolazione e la salute di bambini e bambine;⁷ riguarda la scelta stessa di diventare genitori e la serenità con cui si dovrebbe vivere questa transizione.⁸

La violenza ostetrica ha anche a che vedere con la fiducia: il rapporto con i luoghi e con le persone della cura può esserne compromesso. Ogni esperienza di abuso rischia di tradursi in diffidenza, paura e rifiuto nei confronti delle istituzioni sanitarie.⁹

E, in fondo, è un tema che dovrebbe interessare chiunque, come semplici cittadini e contribuenti.

Negli ultimi anni se ne parla di più. Ed è un bene.

Ma spesso il dibattito diventa sensazionalistico, si polarizza, semplifica la complessità e diventa uno scontro ideologico.

Le urla rischiano di coprire la voce delle uniche persone che dovrebbero essere al centro.

In queste pagine, voglio dare spazio, soprattutto, a loro: chi ha subito, chi ha assistito e chi ha agito —

consapevolmente o meno — violenza. Voglio mettere le storie accanto ai dati, e i dati dentro il contesto culturale e organizzativo che le produce.

Posso farlo solo con le lenti che ho: quelle di medica, di formatrice e, da qualche anno, di madre. Sono lenti parziali, certo, ma sufficienti, spero, per spostare almeno la domanda.

Non più solo «che cosa succede» in sala parto.

Ma «perché succede».

E soprattutto: come fare perché non accada più.

1.

La parola che non c'era

Tra giugno e ottobre del 2020, nel centro di fertilità dell'Università di Yale, in Connecticut, circa cento pazienti affrontarono un prelievo ovocitario durante il percorso di fecondazione in vitro.

È una procedura standard che prevede l'introduzione di una sonda ecografica in vagina. Da qui un ago attraversa la parete e aspira gli ovociti maturi, che verranno poi fecondati in laboratorio. È un passaggio delicato, ma tecnicamente routinario e perché sia tollerabile, di solito, si usano farmaci oppioidi come il fentanyl, un potente antidolorifico.

Durante quei cinque mesi, però, le cose non andarono esattamente così.

Le pazienti riferivano un dolore insolitamente intenso. Urlavano, chiedevano che venisse dato loro qualcosa di più forte. Non riuscivano a restare immobili mentre l'ago perforava la parete vaginale e aspirava gli ovociti.

La risposta che ricevevano era sempre la stessa: un certo fastidio può capitare anche con il fentanyl. Va sopportato: in fondo, la procedura è breve.

L'agitazione veniva attribuita ad altro: scarsa collaborazione, emotività, soglia del dolore troppo bassa. Forse quelle pazienti non si erano preparate abba-

stanza. Forse non erano davvero motivate a proseguire un percorso così impegnativo.

In ogni caso, poiché restare ferme era fondamentale per la buona riuscita del prelievo, mentre si contorcevano dal dolore venivano richiamate a non compromettere quella possibilità — per alcune, forse l'ultima — di ottenere una gravidanza.

Tornate a casa, molte continuarono a stare male per giorni, settimane, mesi: crampi all'addome, incubi, ansia, ricordi intrusivi. Quando cercavano un confronto con la clinica o con il proprio medico, però, nessuna veniva presa sul serio.

Con il tempo, molte finirono per sentirsi inadeguate, colpevoli di non aver sopportato ciò che pensavano fosse «normale» in quel percorso; alcune decisero di non proseguirlo, per paura di dover affrontare ancora la stessa esperienza.

La spiegazione arrivò molto tempo dopo.

Durante tutti quei mesi un'infermiera di anestesia aveva sostituito le siringhe di fentanyl con soluzione salina, sottraendo l'oppioide per uso personale. Le siringhe sembravano integre, ma contenevano soltanto acqua.

Più di cento pazienti avevano affrontato il prelievo senza alcun antidolorifico, nonostante in cartella tutto risultasse regolare. Nessuno, in effetti — a parte l'infermiera — sapeva. E nessuno pensò che quelle urla quotidiane potessero essere il segnale di qualcosa di anomalo.

Quando vennero individuate alcune fiale manomesse, partì un'inchiesta federale. La responsabile fu individuata, imputata e condannata. Nel 2022 la

clinica raggiunse accordi economici con la maggior parte delle persone coinvolte.¹

La vicenda di Yale ebbe inizialmente un modesto riscontro mediatico e fu raccontata soprattutto come un grave caso di *malpractice*: furto di oppioidi, falle nei sistemi di controllo dei farmaci, rischi per la sicurezza ospedaliera.

Quasi nessuno, però, si chiese perché il dolore di tante donne — che per mesi avevano raccontato la stessa identica esperienza — non avesse suscitato allarme.

Finché Susan Burton — giornalista del «New York Times» — provò a spostare lo sguardo: dall'infermiera colpevole di un atto indubbiamente grave al contesto culturale che aveva reso possibile ignorare, giorno dopo giorno, la sofferenza di così tante pazienti.²

L'idea, profondamente radicata, che il benessere delle donne possa essere sacrificato in nome della maternità aveva avuto un ruolo preciso in questa vicenda.

Quel dolore, semplicemente, era stato considerato accettabile.

Sarebbe potuto accadere in una procedura chirurgica diversa? Con pazienti diversi? In un contesto non legato alla ricerca di un figlio?

Una delle testimonianze raccolte nel podcast di Burton, *The Retrievals*,³ forse suggerisce una risposta: «Anche dopo la sentenza, quando era stato riconosciuto che quello che avevo vissuto era reale, la ginecologa mi disse: “Beh, però alla fine è andato tutto bene: hai avuto il tuo bambino”».

Quando parliamo di *malpractice* — corrispettivo dell'italiano «malasanità» — ci riferiamo a un errore professionale, individuale o organizzativo, che si discosta dagli standard e può causare un danno. Il danno, però, non è inevitabile. L'errore può essere intercettato prima di produrre conseguenze, oppure compiersi senza che si verifichino effetti negativi, per una contingenza favorevole. La violenza sanitaria è qualcosa di diverso. È un abuso. Non coincide necessariamente con un errore tecnico e non riguarda tanto la correttezza delle procedure quanto la relazione di cura. A volte le procedure sono formalmente appropriate, ma è il modo in cui vengono imposte, spiegate, gestite a trasformarle in abuso.

La violenza non è solo fisica: può essere verbale, psicologica, oppure manifestarsi come negligenza o incuria.⁴ Chi la agisce, talvolta, lo fa intenzionalmente; più spesso, accade quasi inconsapevolmente, come una cattiva abitudine: il risultato di pratiche radicate, percepite come normali a tal punto da sembrare invisibili.

Accade soprattutto nei contesti di vulnerabilità: in età avanzata, in presenza di disabilità, nelle condizioni di marginalità sociale.⁵

Ma nessuno è mai del tutto al riparo. La relazione di cura è per sua natura asimmetrica: ci si affida. Si consegna il proprio corpo e la propria salute nelle mani di qualcun altro. Questa inevitabile vulnerabilità e lo squilibrio di potere che ne deriva — se mal gestito — può trasformarsi in abuso.

La violenza ostetrica è una delle forme più pervasive e meno riconosciute di violenza di genere.⁶

Riguarda la gravidanza, il parto e il post-partum, ma si inserisce in un fenomeno più ampio, quello della violenza ginecologica, che coinvolge l'intera salute sessuale e riproduttiva femminile: visite ginecologiche, contraccezione, aborto, trattamenti per la fertilità.⁷

Quella che viene comunemente definita «ostetrica» si riferisce più precisamente alla fase che va dalla ricerca del concepimento ai primi mesi dopo la nascita. È dunque un fenomeno definito più dal *quando* che dal *dove*.

Può accadere in sala parto, certo. Ma anche in reparto, in consultorio, in pronto soccorso e perfino durante l'assistenza domiciliare, dentro casa propria.⁸ Lo spettro degli abusi è molto ampio e può essere agito non solo dal personale sanitario, ma da chiunque operi nei contesti di cura.⁹

Per questo, l'espressione «violenza perinatale» sarebbe probabilmente più precisa di «violenza ostetrica». Quest'ultima deriva dalla traduzione letterale dell'inglese *obstetric violence*, e non ha alcuna relazione semantica con la professione ostetrica (*midwife*), indicando semplicemente l'insieme delle pratiche assistenziali legate alla gravidanza e al puerperio.

Usare il termine «perinatale» permette di descrivere meglio il perimetro temporale del fenomeno, evitando al tempo stesso di suggerire la responsabilità di una singola categoria professionale.

In ogni caso, non esiste una definizione univoca: se ne contano almeno una decina, elaborate in contesti diversi.

Nel 2014 L'Organizzazione Mondiale della Sanità l'ha descritta come il «trattamento non dignitoso e abusante durante il parto nelle strutture sanitarie»,¹⁰ sottolineandone il contesto istituzionale. Le Nazioni Unite la definiscono invece come «una forma di violenza di genere radicata in stereotipi discriminatori contro le donne che ne ledono dignità, integrità e autonomia».¹¹

A partire dalle definizioni presenti in letteratura, insieme all'avvocata Francesca Salviato — esperta di diritto sanitario — qualche anno fa ne ho proposta una a scopo divulgativo: «Una forma di violenza di genere che si verifica nei servizi sanitari, in qualunque fase di gravidanza, parto e post-parto. Può manifestarsi attraverso azioni o omissioni che ignorano la volontà e la dignità della donna o della persona con utero, compromettendone autodeterminazione e salute fisica, psico-emotiva o sociale. Pur avendo un setting specifico, si colloca in un fenomeno più ampio di violenze legate alla salute ginecologica (“violenza gineco-ostetrica”)».

La dimensione di genere è centrale.

Non la si subisce come pazienti generiche, ma come donne — o come persone con utero che non si identificano con il genere assegnato alla nascita¹² — che accedono a servizi legati alla sfera riproduttiva. Un ambito che storicamente porta con sé una forte impronta patriarcale.¹³

In queste situazioni lo squilibrio tipico della relazione medico-paziente tende ad amplificarsi.

Da una parte c'è il potere professionale. Dall'altra, una lunga tradizione culturale che ha abituato le don-

ne ad avere meno autorità sul proprio corpo, soprattutto quando quel corpo sta per generare. Tradizionalmente, nella cura della salute sessuale femminile, la funzione biologica tende a prevalere sull'individualità. La persona rischia spesso di essere ridotta al ruolo — procreare — mentre bisogni, limiti ed emozioni passano in secondo piano.

Quando tutta l'attenzione si concentra sull'esito — la nascita — ciò che accade nel frattempo può diventare secondario, come se la donna fosse solo un corpo gestante.¹⁴

La dimensione fisica, troppo spesso, sembra l'unica cosa che conta davvero, e questo avviene anche nel dibattito pubblico, che tende a concentrarsi soprattutto sulle singole procedure. Si discute di «medicalizzazione», si citano quasi esclusivamente episiotomia e taglio cesareo, come se la violenza coincidesse con un atto tecnico. Ma così si perde di vista la complessità del fenomeno e delle sue radici.

Episiotomia (ovvero il taglio chirurgico del perineo per facilitare l'uscita del neonato) e cesareo nascono come salvavita e, ancora oggi, mantengono un rapporto rischio-beneficio favorevole, se praticati con indicazioni appropriate.¹⁵ Diventano problematici quando vengono eseguiti senza necessità, informazione o consenso, e possono tradursi così in esperienze di abuso.

Limitare il dibattito alle singole procedure rischia di essere fuorviante: la violenza può verificarsi anche in assenza di interventi, così come un intervento medico non è di per sé un abuso.

La realtà, purtroppo o per fortuna, è estremamente più complessa di un singolo atto clinico: riguarda il

modo in cui il potere viene esercitato dentro la relazione di cura.

Dal secolo scorso, nei Paesi occidentali, la nascita è passata rapidamente da un evento familiare a un evento ospedaliero. Una scelta che ha ridotto drasticamente mortalità e morbilità materno-infantile grazie a strumenti medici e tecnologici.¹⁶

Non si tratta quindi di demonizzare la medicalizzazione in sé, ma di riconoscere che la qualità dell'esperienza dipende anche — e spesso soprattutto — da *come* si viene accompagnate, oltre che dalle competenze tecniche.

Un percorso sanitario rispettoso dovrebbe garantire informazioni chiare, un'accoglienza attenta alle preferenze personali e un atteggiamento umano.

La violenza, invece, può assumere forme molto diverse.

Può essere una visita eseguita senza aver chiesto il consenso.

Una manovra fatta all'improvviso, senza spiegare cosa sta per succedere.

Può essere il dolore ignorato.

Può accadere quando si impone la propria scelta dicendo semplicemente: «Si fa così», senza lasciare possibilità di replica.

Oppure quando le informazioni sui rischi e sulle alternative arrivano in modo sommario o volutamente ingannevole.

A volte passa attraverso frasi come: «Che razza di madre sei?». Umiliazioni, giudizi, minacce.

Una donna può essere lasciata sola durante un momento di grande vulnerabilità. La sua intimità può

essere esposta senza rispetto. Può essere discriminata: per le caratteristiche del suo corpo, per l'origine, per la lingua che parla, per le sue possibilità economiche.¹⁷

Non tutto ciò che è invasivo è violenza: se la vita della madre o del bambino sono davvero in pericolo, si interviene anche senza poter discutere a lungo e senza un consenso formale.

Ma l'emergenza deve essere reale. Perché tra urgenza e autoritarismo la distanza, a volte, può diventare sorprendentemente breve.¹⁸

Le forme della violenza perinatale sono molte. Alcune sono evidenti; altre molto più sottili. Proprio per questo, spesso, anche più difficili da raccontare.¹⁹

La letteratura ha provato a dare un nome a queste dinamiche — perché le categorie aiutano a orientarsi — ma la realtà resta inevitabilmente più sfumata.

Eppure, tutte queste situazioni condividono un filo comune: il corpo e la volontà della persona smettono di essere il centro della cura e diventano terreno di controllo.

Ma perché definire — e quindi riconoscere — la violenza perinatale è così difficile?

Una prima risposta è semplice: molti comportamenti vengono percepiti come normali. O, quantomeno, tollerabili. Così finiscono per essere ridotti a un equivoco, a un malinteso, all'ipersensibilità di chi non avrebbe compreso la necessità di interventi «inevitabili» o compiuti «a fin di bene».

Nella migliore delle ipotesi, si invoca la malpractice o l'inappropriatezza clinica. Ma così si perde di vista

ciò che distingue davvero l'errore dall'abuso: la dimensione relazionale e lo squilibrio di potere dentro cui quell'atto avviene. Eppure, i confini di ciò che è davvero salvavita sono piuttosto circoscritti.

Quanto al «bene» evocato per giustificare certi comportamenti, la letteratura scientifica mostra ormai chiaramente che pratiche coercitive, mancanza di supporto e abusi psicologici hanno conseguenze negative sulla salute sia delle donne che dei neonati.²⁰

Anche i dati sulla diffusione del fenomeno raccontano una realtà complessa. Le stime oscillano dal 10% fino all'81%.²¹ Una forbice così ampia non indica solo differenze tra Paesi: riflette soprattutto la difficoltà di definire e misurare il fenomeno.

Non esiste ancora una definizione pienamente condivisa, e questo rende gli studi poco comparabili. Se faticiamo a nominare qualcosa, diventa inevitabilmente complicato intercettarlo.

Pesano poi i fattori culturali. In contesti segnati da forti disuguaglianze, valori patriarcali o discriminazioni radicate, il rischio di subire abusi aumenta.²²

Ma conta anche il modo in cui le ricerche vengono costruite: quali domande si fanno, quali pratiche si considerano problematiche, quanta consapevolezza si dà per scontata in chi risponde.²³

Se una donna ha interiorizzato che «è normale così», difficilmente definirà violenza ciò che ha vissuto. E se uno studio non indaga certe pratiche perché ritenute accettabili, quei dati semplicemente non emergeranno. È il caso, ad esempio, delle pres-

sioni sull'allattamento o della privazione di sonno nel postparto immediato, raramente incluse nelle indagini.²⁴

È interessante osservare che in Paesi come Svezia²⁵ e Paesi Bassi,²⁶ dove l'educazione al consenso e la partecipazione alle decisioni sanitarie sono valorizzati, l'incidenza riportata è relativamente alta. Non necessariamente perché la violenza sia più diffusa. Forse perché è più facilmente riconosciuta e nominata. Quando le donne hanno gli strumenti per farlo, riescono almeno a identificare ciò che è accaduto. Non pensano di aver frainteso.

Quando una donna racconta di essere stata visitata senza spiegazioni, trattata con tono svalutante, colpevolizzata o lasciata sporca per ore dopo il parto, la reazione non è sempre indignazione. Spesso è un'alzata di spalle: mettere al mondo un figlio comporta sacrifici; lamentarsi alle prime difficoltà non sembra un buon inizio.

La normalizzazione non si ferma alle mura ospedaliere. È un sentire diffuso, quasi archetipico: «Le donne esagerano. Si lamentano per attirare attenzione. La violenza è ben altro».

È un *refrain* che riemerge puntualmente ogni volta che il tema viene sollevato: basta farci caso.

Quando le dissi che volevo fare un reclamo, rispose che mi stavo comportando come una bambina viziata. Che invece di essere grata a chi aveva semplicemente svolto il proprio mestiere, recriminavo di essere stata guardata, toccata e visitata da (tra gli altri) quattro studenti senza nome che si erano continuamente avvicinati in quella stanza, senza che nessuno mi avesse chiesto se io fossi d'accordo. D'altronde avevo perfino ricevuto il lusso di

un'epidurale: se avessi avuto «un vero parto», come era stato il suo, sarei stata così intenta a urlare che non ci avrei neanche fatto caso a chi mi metteva le mani in vagina.

Il racconto di Marta lo mostra con chiarezza. La sua interlocutrice è una ginecologa, ma le stesse parole potrebbero essere pronunciate da una madre, da un'amica, da una collega. Il problema non è confinato al sistema sanitario: attraversa tutta la società. Intere generazioni sono cresciute con l'idea che sopportare sia la norma, e che protestare significhi esagerare.

Anche la cornice giuridica rispecchia questa focalizzazione sul corpo e sul danno fisico che permea il dibattito pubblico.

A livello internazionale, pochi Paesi riconoscono la violenza ostetrica come una categoria giuridica autonoma, ovvero come un reato a sé stante, distinto dalla malpractice medica o dalle generiche ipotesi di lesioni personali.

In Portogallo una legge del 2025²⁷ è stata presentata come innovativa, ma si è limitata a vietare formalmente le episiotomie non necessarie (come del resto già indicato dalle linee guida internazionali),²⁸ senza affrontare altre forme di abuso. Un intervento circoscritto e non esattamente rivoluzionario.

In Italia il tema compare di rado nelle sentenze. Una rassegna del 2024 dell'Università La Sapienza²⁹ ha mostrato come l'attenzione dei tribunali si concentri soprattutto sugli eventuali esiti fisici, lasciando in secondo piano tutto il resto.

Emblematica è una sentenza della Cassazione del 2010.³⁰ In quel caso, veniva sì riconosciuta una violazione del corpo femminile, ma solo nella misura in cui le conseguenze avevano compromesso la vita sessuale del marito. Nella motivazione della sentenza si richiamava esplicitamente l'*affectio coniugalis*, cioè il diritto dei coniugi alla relazione affettiva e sessuale all'interno del matrimonio.³¹

Il danno, in altre parole, veniva riconosciuto non tanto per la lesione subita dalla donna in sé, quanto per gli effetti che quella lesione produceva sul rapporto coniugale. Resta il dubbio: se quella donna non avesse avuto un partner, la sua sofferenza sarebbe stata ugualmente rilevante?

Nel 2016 la proposta di Legge Zaccagnini portò per la prima volta l'espressione «violenza ostetrica» in Parlamento.³² L'intento dichiarato era proteggere la diade madre-neonato, soprattutto in relazione all'allattamento e nella prospettiva di gravidanze future.

Il cuore del testo, però, non era tanto la costruzione di una relazione di cura fondata sul rispetto delle gestanti, quanto un elenco di pratiche mediche da vietare.

In altre parole, non si trattava di un invito a ripensare le modalità di assistenza, ma di un approccio prescrittivo che finiva per proporre un unico modello: quello del parto «naturale».

Un modello che non è sempre praticabile in sicurezza e che non coincide necessariamente con i desideri di tutte. Autodeterminazione non significa aderire a un'idea di parto «giusto» universalmente valida, ma riconoscere che scelte, limiti e desideri

possono essere diversi da persona a persona, e anche da fase di vita o da un momento all'altro della stessa esperienza.

La proposta non ebbe seguito e si inserì in un clima già polarizzato: da un lato la denuncia della medicalizzazione come violenza in sé, dall'altro la difesa della discrezionalità medica.

Il confronto divenne rapidamente uno scontro di categoria e molte associazioni professionali espressero pubblicamente forti riserve.³³

Al di là delle critiche — a mio parere anche condivisibili — mancò però una proposta per costruire una vera alleanza di cura. Emerse anche la difficoltà, da parte di molti professionisti sanitari (uso il maschile sovraesteso), di nominare e riconoscere come reale ciò che accade a tante donne in Italia e in tutto il mondo.

Ancora oggi, il termine «violenza» non è facilmente accettato da tutti, anzi. E questo, in fondo, è parte del problema.

Una volta, durante un convegno, mi fu detto che solo chi lavora in sala parto può stabilire cosa sia violenza ostetrica. Nel mio intervento avevo letto alcune testimonianze e l'aver lasciato spazio al vissuto era sembrato quasi fuorviante, rispetto a un'impostazione puramente accademica.

Mi chiedo quanto sia opportuno che chi esercita il potere sia anche l'unico autorizzato a definirne l'abuso. Sarebbe come lasciare a chi tiene il coltello dalla parte del manico il compito di dire se ti ha ferita — e quanto.

Le donne non sono in grado di riconoscerlo da sole?

Come ricorda Cheryl Tatano Beck, studiosa dell'esperienza perinatale, è chi vive un evento a poter dire se è stato traumatico.³⁴

È anche per questo che la violenza ostetrica sfugge a definizioni rigide: non esistono gesti automaticamente giusti o sbagliati, a prescindere dal contesto in cui avvengono.

Ciò che conta, spesso, non è il «cosa», ma il «come».