EUT EDIZIONI UNIVERSITÀ DI TRIESTE

POLIARCHIE/POLYARCHIES, vol. 7, 1/2024

ISSN 2611-2914 (online)
ISSN 2611-4216 (print)
https://www.openstarts.units.it/handle/10077/20566

(110-133)

DOI: 10.13137/2611-2914/36141

Shifting Paradigms of Care: A Qualitative Study on Childbirth Professionals' Perception of Obstetric Violence

Paradigmi di cura in evoluzione: uno studio qualitativo sulla percezione della violenza ostetrica da parte dei professionisti del parto

Giuditta Mitidieri

Abstract

The concept of obstetric violence has recently gained prominence in both public and scientific discourse, despite the fact that the phenomenon it denotes – the mistreatment of birthing mothers by healthcare professionals responsible for their care – has longstanding roots. Surprisingly, scientific literature has given scant attention to the perspectives of professionals on the topic. In this article, we will explore how the category of obstetric violence has evolved through a grassroots movement of digital activism and we will examine its reception among various birth attendants: midwives, gynaecologists, anaesthesiologists. Our analysis draws on data from 32 semi-structured interviews conducted with professionals across three different birth care settings: two university hospitals, a private birthing house, an alongside birth centre. We will show how the development of the category of OV is part of a broader process of transformation of the caregiver-patient relationship.

La categoria di violenza ostetrica è emersa nel dibattito pubblico e scientifico negli ultimi quindici anni, sebbene il fenomeno che identifica – quello del maltrattamento delle partorienti da parte dei professionisti responsabili della loro assistenza – sia antico. Nella letteratura sul tema, ancora poca attenzione è stata riservata alla prospettiva dei professionisti del parto. In questo articolo mostreremo come la categoria di violenza ostetrica si è formata attraverso un movimento di attivismo digitale e analizzeremo come tale categoria viene recepita dai diversi operatori del parto: ostetriche, ginecologi, anestesisti. L'analisi si baserà sui dati raccolti in 32 interviste semi-strutturate condotte con operatori afferenti a tre diversi ambienti di assistenza al parto: due ospedali universitari, una casa maternità privata e un centro nascita *alongside*. L'articolo propone di inquadrare la categoria di violenza ostetrica in un più ampio movimento di trasformazione del rapporto curante-curato e di disintermediazione dei processi di cura.

Keywords

Obstetric Violence, Health Social Movement, Digital Activism, Childbirth, Reproductive Health, Gender Violence
Violenza ostetrica, Movimento per la salute, Attivismo digitale, Parto, Salute riproduttiva, Violenza di genere

Introduzione

La ricerca storica che ha analizzato le condizioni delle partorienti nel corso del Novecento (Filippini 2017; O'Brien and Rich 2022), ci mostra come un approccio prevaricante ed esplicitamente violento (contenimento fisico, aggressione fisica e verbale) fosse più diffuso nei decenni passati rispetto ad oggi. Tuttavia, è solo nell'ultimo ventennio che la categoria di "violenza ostetrica" (d'ora in avanti anche VO) è entrata nel dibattito pubblico e scientifico. In questo articolo cercheremo di dare significato a questo apparente paradosso, collocando la costruzione della categoria di VO in un più ampio processo di disintermediazione della cura, che sta mettendo in discussione la logica della delega a favore di una centralità dell'autonomia individuale e in particolare della nuova autonomia del soggetto-donna (Antonelli 2016). Il processo che ha portato alla formazione della categoria di VO, infatti, può essere inquadrato tra i movimenti sociali di denuncia e attivismo sul tema della cura che sono emersi negli ultimi decenni. In particolare, tra tali movimenti spiccano quelli legati alla salute femminile, che puntano il dito, più o meno consapevolmente, verso lo strutturale *gap* di genere di cui la scienza medica è portatrice (Baggio *et al.* 2013). L'inedito accesso a conoscenze, risorse e rappresentanza politica di cui gode oggi la popolazione femminile ha fatto sì che le asimmetrie di potere, anche in ambito di cura, vengano sempre meno tollerate.

In questo articolo analizzeremo la percezione che diversi professionisti del parto hanno della nascente categoria – legale, sociale e politica – di violenza ostetrica e mostreremo come l'emergere di tale categoria sia sintomatico di un processo in atto di trasformazione profonda dell'interazione tra professionista sanitario e "paziente". Lo stesso termine "paziente", un tempo neutro, inizia ad apparire inadatto nell'era del ruolo attivo del soggetto curato (Newman and Tonkens 2011; Vedelago 2016), che non si limita a ricevere passivamente una cura ma desidera ingaggiare una negoziazione collaborativa con il curante.

Violenza Ostetrica: definizione e percorso normativo

Il termine "violenza ostetrica" è stato coniato in ambito giuridico nel 2007,[1] nella "Ley Orgánica sobrie Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia"

[1] "Se entiende por violencia obstétrica la apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por personal de salud, que se expresa en un trato deshumanizador, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de

ISSN 2611-2914 (online)
ISSN 2611-4216 (print)

del Venezuela.[2] Tale legge definisce la violenza ostetrica come la prevaricazione, da parte del personale sanitario, sul corpo e sui processi decisionali delle donne nell'ambito della salute riproduttiva, in particolar modo al momento del parto. Le diverse espressioni di violenza ostetrica sono state classificate dalla letteratura (Bohren *et al.* 2015) e comprendono tanto l'aggressione fisica e verbale nei confronti della partoriente quanto il mancato rispetto della *privacy*, il ricorso a procedure mediche eseguite senza consenso o senza adeguata informazione e il rifiuto ad offrire una terapia del dolore. Le pratiche più comuni riconducibili a violenza ostetrica includono: taglio cesareo praticato senza consenso e/o effettiva necessità medica; abuso di perfusione di ossitocina sintetica per l'induzione o velocizzazione del travaglio senza consenso e/o effettiva necessità medica; manovra di Kristeller[3] eseguita in condizioni non emergenziali; episiotomia[4] praticata senza consenso e/o in assenza di ipossia fetale; esecuzione di pratiche mediche dolorose, quali il raschiamento e l'episiorrafia,[5] senza anestesia; impossibilità di decidere autonomamente la posizione per partorire e di muoversi liberamente.

L'uso del termine "violenza ostetrica" non è da ritenersi neutrale ed è stato contestato, tanto in Italia quanto in ambito internazionale, dai medici ostetrici (Scambia e Viora 2018; Chervenak *et al.* 2024). I motivi della contestazione sono legati al fatto che questa espressione implicherebbe un'accezione "volontaristica" del fenomeno, connotando negativamente la professione ostetrica in quanto tale. Come emerso anche nel corso di questo studio, molti operatori sanitari – in particolare medici – percepiscono la categoria di VO come una minaccia per la rappresentazione sociale del ruolo di professionista sanitario, nel momento in cui tale categoria associa a un ruolo tradizionalmente legato alla cura un fenomeno sistemico di prevaricazione e abuso. Tra gli enti sovranazionali, l'OMS si è riferito al fenomeno con i termini "*mistreatment*", "*abuse*"

---

decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad, impactando negativamente en la calidad de vida de las mujeres". Cfr. "Ley Orgánica sobrie Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia", articolo 15 comma 13. Disponibile su "UNFPA Venezuela", www.venezuela.unfpa.org.

[2] Da un punto di vista normativo, l'America Latina è stato apripista nella codifica del fenomeno. Oltre alla già citata legge venezuelana, infatti, si è legiferato sul tema a Porto Rico e in Argentina. Questo dato è comprensibile alla luce della repentina e radicale crescita della medicalizzazione dell'evento parto nei paesi a medio reddito negli ultimi decenni (Miller *et al.* 2016).

[3] Pressione del fondo uterino praticata mediante una spinta sul basso addome in direzione del canale del parto durante la contrazione. La manovra è controversa e non ha passato il vaglio di una rigorosa analisi basata sull'evidenza per via dei gravi effetti collaterali sulla partoriente. Oggi il suo uso varia enormemente a seconda dell'area geografica. (Youssef *et al.* 2019; Habek, Cerovac and Mikuš 2022).

[4] Incisione chirurgica del perineo eseguita al fine di allargare l'apertura vaginale durante il parto.

[5] Sutura delle lacerazioni dell'orifizio vulvare prodottesi, artificialmente o spontaneamente, durante il parto.

o "*disrespect*" (WHO 2014), mentre l'ONU ha adottato l'espressione "*obstetric violence*" nelle sue risoluzioni (Šimonović 2019). In questo articolo useremo l'espressione "violenza ostetrica" per denotare il fenomeno dei maltrattamenti sulla scena del parto. Tale scelta è legata al fatto che la categoria di VO è oggi la più comune e la più nota, tanto in letteratura quanto nel dibattito pubblico. Pur non mancando di problematizzare tale espressione, riconosciamo inoltre il ruolo che tale categoria ha giocato per il riconoscimento epistemico e politico del fenomeno (Quattrocchi 2019).

La violenza ostetrica viene collocata dalla letteratura e dalla normativa all'intersezione tra violenza di genere (Quattrocchi 2019) e violenza negli ambiti di cura. La prima è definibile, secondo la Convenzione di Istanbul, come ogni forma di violenza che colpisce maggiormente le donne o che è diretta contro una donna in quanto tale. La seconda riguarda invece una degenerazione del rapporto di cura in senso autoritario e paternalistico, per cui il soggetto curato perde ogni ruolo attivo nel suo percorso di cura e viene trattato come incapace di comprendere o psico-emotivamente instabile (D'Gregorio 2010; Cannone 2019). Nell'assistenza alla nascita questo si traduce nella generale tendenza ad abusare dell'intervento medico per guidare, controllare e sorvegliare il processo del parto, anche quando fisiologico, non avendo fiducia nelle capacità della donna di condurlo.

Il Consiglio d'Europa ha adottato nell'ottobre 2019 (Blondin 2019) una risoluzione che chiede agli stati membri di affrontare il problema e sanzionare gli operatori che commettono questo tipo di abusi, sottolineando come il fenomeno non riguardi solo, come si riteneva, i paesi a basso o medio reddito, ma sia capillarmente diffuso anche negli ospedali occidentali. La risoluzione adotta il termine "*obstetric violence*", indicandone la causa prevalente nelle diseguaglianze di genere e inquadrando il fenomeno come "violazione dei diritti umani e manifestazione della discriminazione di genere". Sempre nell'ottobre del 2019, durante l'assemblea generale ONU tenutasi a New York, la relatrice speciale sulla violenza contro le donne, Dubravka Šimonović, ha presentato il proprio rapporto annuale dal titolo *A human rights-based approach to mistreatment and violence against women in reproductive health services with a focus on childbirth and obstetric violence* (Šimonović 2019). Il rapporto offre una visione globale sulla questione, comparando studi e relazioni sul tema provenienti da diverse nazioni – tra cui lo studio DOXA condotto in Italia (Ravaldi *et al.* 2018).

Nel rapporto, che ha l'obiettivo di spronare gli stati membri a sviluppare una legislazione per prevenire e denunciare gli abusi, la violenza ostetrica viene inserita nel contesto dell'ineguaglianza strutturale di genere e della violazione dei diritti umani. Leggiamo infatti che "stereotipi di genere pericolosi nel contesto della salute riproduttiva circa la capacità delle donne di prendere decisioni, il ruolo naturale della donna nella società e la maternità, limitano l'autonomia e l'agentività delle donne".

Šimonović si è richiamata alla *Dichiarazione sull'eliminazione della violenza contro le donne* adottata dall'assemblea generale delle Nazioni Unite con la risoluzione 48/104 del 20 dicembre 1993, nel cui art.1 si afferma che è violenza contro le donne ogni atto fondato sul genere che abbia come risultato una sofferenza fisica, sessuale o psicologica, incluse le minacce, la coercizione o la privazione della libertà. Il rapporto, inoltre, definisce la violenza ostetrica come violazione dei diritti umani, denunciando la mancanza di un reale consenso informato nei confronti delle partorienti, le quali vengono spesso escluse dalle decisioni sui trattamenti sanitari a loro praticati. Nel 2021, il report delle Nazioni Unite *Sexual and reproductive health rights: challenges and opportunities during the COVID-19 pandemic* ha sottolineato come il periodo pandemico abbia segnato un incremento degli episodi di abusi al momento del parto (Sadler, Leiva and Olza 2020).

Metodi

L'impianto metodologico della ricerca è di tipo qualitativo, i dati sono stati raccolti tramite interviste semi-strutturate e analizzati con analisi tematica. Le interviste sono state condotte in videochiamata tramite piattaforma Zoom tra l'autunno del 2021 e l'estate 2023 e hanno avuto una durata media di un'ora. I dati raccolti fanno parte di una ricerca più ampia, volta ad esplorare i diversi modelli di assistenza al parto presenti oggi in Italia. Per questo articolo sono stati intervistati 32 professionisti del parto tra ostetriche, ginecologi/he e anestesisti/e (si veda tab.1). Questi ultimi, seppur in piccolo numero, sono stati inclusi per via del sempre maggior protagonismo che ha oggi l'anestesia peridurale nell'assistenza al parto. Le interviste, videoregistrate, sono state trascritte *verbatim* e l'analisi tematica (Clarke and Braun 2021) è stata condotta con il supporto del software per l'analisi qualitativa MAXQDA.

Gli operatori intervistati afferiscono a diversi ambienti di nascita e dunque a diversi modi di intendere e praticare l'assistenza al parto: una casa maternità privata in Emilia-Romagna, un centro nascita *alongside* in Toscana e due ospedali universitari, rispettivamente in Lombardia e Toscana. Le case maternità sono spazi privati extraospedalieri dove è possibile partorire con l'assistenza delle sole ostetriche in caso di gravidanze fisiologiche; la filosofia di cura è qui orientata verso la demedicalizzazione dell'evento parto (Quattrocchi 2018). I centri nascita *alongside* – al momento due in tutta Italia – sono ambienti in cui l'assistenza è gestita in completa autonomia dalle ostetriche in un setting confortevole e "familiare"; tali centri, afferenti al SSN, sono collocati all'interno di un ospedale, così da velocizzare i trasferimenti in caso di complicazioni (Rocca-Ihenacho *et al.* 2018; Stevens and Alonso 2021). I due ospedali uni-

versitari selezionati sono di terzo livello – ovvero dotati di terapia intensiva neonatale e adeguati alla gestione della grave patologia materna e neonatale; l'ospedale toscano è la struttura che ospita al suo interno il centro nascita *alongside*. I setting considerati sono dunque tutti situati nel Centro e Nord Italia: per quanto riguarda la casa maternità e il centro nascita *alongside* – e dunque l'ospedale che lo ospita – la scelta è stata obbligata, visto che queste strutture non sono presenti in Sud Italia o nelle Isole. Di conseguenza, anche la seconda struttura ospedaliera è stata individuata al Centro Nord, al fine di ottenere una parziale uniformità con gli altri modelli per quanto riguarda il contesto socio-economico e lo stato del sistema sanitario regionale.

In 17 su 32 delle interviste condotte è stata usata la vignetta come tecnica elicitativa (Jenkins *et al.* 2010) per facilitare la discussione sul tema della violenza ostetrica. La vignetta è una breve storia – sotto forma di immagine o narrazione – verso la quale, nel corso di un'intervista, il ricercatore può chiedere all'intervistato di interagire o rispondere in diversi modi, con lo scopo di facilitare l'emersione delle chiavi interpretative di quest'ultimo (Hughes and Huby 2004; Jenkins *et al.* 2010). In letteratura le vignette sono note per la loro utilità nel trattare temi sensibili o controversi e sono per questo largamente usate in ricerche qualitative con professionisti della salute o operatori sociali (Tremblay *et al.* 2022). La vignetta è infatti uno spazio neutro di cui l'intervistato diventa osservatore esterno, potendo così scegliere se e quando introdurre nella risposta la sua esperienza privata (Schoenberg and Ravdal 2000), senza dover necessariamente coinvolgere il proprio vissuto e il proprio ambiente lavorativo.

La scelta di uno strumento metodologico che facilitasse il dialogo è stata motivata dalle resistenze e reticenze incontrate nel trattare il tema della violenza ostetrica nelle prime interviste condotte. Non tutti i partecipanti, infatti, si sentivano a loro agio nel discutere di "violenza ostetrica" e questo comportava risposte brevi e scarsa disponibilità alla condivisione. Come mostreremo nel §5, le categorie professionali italiane hanno accolto negativamente la categoria di violenza ostetrica, che metterebbe in discussione il capitale simbolico degli operatori sanitari (Bourdieu 1986). Tuttavia, la prospettiva dei professionisti è fondamentale se si vuole indagare compiutamente un fenomeno sociale così complesso come quello dei vissuti traumatici legati alla nascita. Per questo motivo si è scelto di adottare uno strumento metodologico che permettesse di superare parzialmente le resistenze degli operatori e agevolare la loro riflessione sul tema.

Tipicamente le vignette sono costruite *ad hoc* dal ricercatore (Morrison 2015). In questo caso, invece, le vignette consistevano in alcune testimonianze di violenza ostetrica, tratte da *community* Facebook legate al tema della maternità (fig.1, fig.2, fig.3). Tre testimonianze, opportunamente anonimizzate, sono stata individuate in una fase precedente della ricerca in cui è stata condotta un'etnografia digitale (Kozinets and Gambetti 2020) su alcuni gruppi *social* legati al tema della nascita e scelte sulla base di

tre criteri: (1)la chiarezza lessico-grammaticale dello scritto, (2) la completezza della narrazione e (3) la tipicità della storia. Le vignette, usate a rotazione nelle interviste, si sono confermate estremamente utili anche per comparare il sentire di gruppi differenti su uno stesso tema (Barter and Renold 1999), agevolando la comparazione tra le diverse professionalità che assistono al parto. Infine, l'uso della vignetta ha facilitato la raccolta di dati relativi alla percezione che gli operatori sanitari hanno dell'attivismo digitale come strumento di denuncia della violenza ostetrica.

Tabella 1 - Partecipanti allo studio

	Casa Maternità	Cento Nascita alongside	Ospedale universitario lombardo	Ospedale universitario toscano
Ostetriche	4 + *3*	3 + *5*	2 + *3*	2 + *1*
Ginecologi/he	-	-	1 + *2*	1 + *2*
Anestesisti/e	-	-	1	1 + *1*

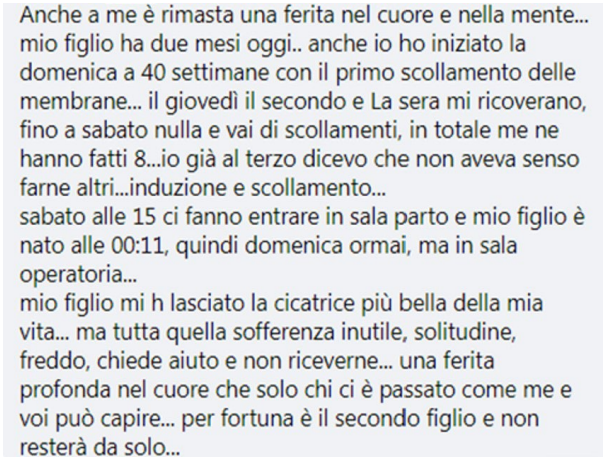
Note: in corsivo, il numero di interviste per cui si è usata la tecnica della vignetta
Fonte: elaborazione dell'autrice

Figura 1 - Prima vignetta

Buonasera a tutte! Ho partorito la mia bimba 6 mesi e mezzo fa. Ho un ricordo bruttissimo del mio parto che per me è stato traumatico. Ho avuto un travaglio abbastanza veloce ma il parto in se è durato più di 2 ore. Ero sfinita e mi è stato effettuato la manovra di kristeller (più volte) senza episiotomia e ho avuto lacerazione di 3 grado. L'ostetrica che mi ha seguito è stata brava e soprattutto umana ma non posso dire lo stesso per il ginecologo che era di guardia quella sera. Era scocciato perché voleva andare a dormire e non aveva molto voglia di intervenire. Mi veniva detto che non stavo facendo il massimo per partorire mia figlia quando ero da più di 2 ore che spingevo. Cosi la soluzione è stata la manovra di kristeller, la cosa più dolorosa che io abbia mai provato nella mia vita. Ho avuto tantissimi punti ma non so quanti perché mi hanno detto che loro non contano i punti ma so solo che sono stati più di 1 ora a cucirmi. Sono stata molto male fisicamente e ho preso antidolorifici per 2 settimane dopo il parto ma sono stata peggio psicologicamente perché il latte mi è arrivato dopo 6 giorni probabilmente perché ero molto debilitata fisicamente ma a questo punto la mia bimba era già abituata al biberon. Cosi sono riuscita ad allattare pochissimo solo per 5 mesi e questa cosa mi fa stare ancora male perché ci tenevo moltissimo. Adesso ho una leggera incontinenza urinaria quando starnutisco e dolore ai rapporti.[redacted]

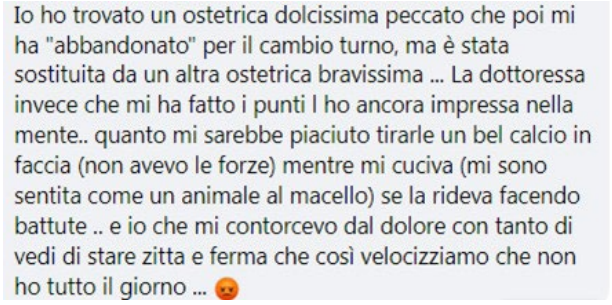
Fonte: commento su gruppo pubblico Facebook

Figura 2 - Seconda vignetta



Fonte: commento su gruppo pubblico Facebook

Figura 3 - Terza vignetta



Fonte: commento su gruppo pubblico Facebook

Violenza ostetrica e attivismo digitale: un esempio di Health Social Movement

La diffusione del discorso sui maltrattamenti al momento del parto e la popolarizzazione del termine "violenza ostetrica" sono avvenute in Italia prevalentemente tramite i *Social Network*, che hanno permesso la creazione di reti sociali di dimensioni finora inedite e la condivisione di esperienze di massa. Il primo passo di questa mobilitazione social è stata la campagna *#BastaTacere: le madri hanno voce*, lanciata su Facebook e su Twitter nell'a-

prile del 2016 da un gruppo di associazioni. Il nome #bastatacere richiamava l'opuscolo di un collettivo femminista ferrarese del 1972, *Basta tacere! Testimonianze di donne,* in cui erano state raccolte storie di abusi legati al parto, alla gravidanza e all'aborto (Picchio e Pincelli 2019). La campagna del 2016, analogamente, ha chiesto alle donne di raccontare la propria storia e di condividerla con il tag #bastatacere a partire dal 4 e fino al 19 aprile 2016. L'iniziativa ha raccolto in quindici giorni 1.136 testimonianze e l'interazione di 700.000 utenti al giorno, portando nel dibattito pubblico il fenomeno. La campagna digitale era volta a sostenere la proposta di legge n. 3670 "Norme per la tutela dei diritti della partoriente e del neonato per la promozione del parto fisiologico", depositata l'11 marzo 2016 da parte dell'Onorevole Adriano Zaccagnini e successivamente decaduta. Tale provvedimento proponeva l'introduzione del reato di violenza ostetrica, punito con pene detentive fino ai 4 anni. Oggettificazione, invasività, prevaricazione decisionale e assenza di relazione sono i temi ricorrenti nelle storie raccolte dalla campagna social. I seguenti estratti, risalenti alla campagna del 2016, sono stati selezionati su Twitter (ora X), ricercando il tag #bastatacere.

> Obbligata a spingere solo quando lo dicevano loro e sgridata se non lo facevo; mentre travagliavo ero circondata da chi puliva la stanza e parlava al telefono. Mi hanno rotto le acque e fatto l'episiotomia senza consenso, portato via la bambina senza neanche darmela in braccio per poi rivederla dopo ore.

> Mi hanno amputato per errore il piccolo labbro destro, giustificandosi dicendo "tanto signora gli uomini non se ne accorgono".

> Trentasette ore di travaglio, ignorata dal personale dell'ospedale, senza nessun tipo di analgesico per venti ore, senza cibo né acqua e senza ecografia. Finita con cesareo d'urgenza ed endometrite contratta in sala parto.

> Il mio parto è stato un trauma di cui ho avuto incubi per mesi. Mi sono sentita violentata. Visitata da mille mani senza nessun tatto. Sempre costretta a stare ferma per i tracciati. Parto indotto con ossitocina, Kristeller, episiotomia che mi ha resa incontinente a 30 anni, bambina portata subito via. Ho combattuto contro la depressione post partum.

> Obbligata a stare sdraiata nonostante le suppliche per cambiare posizione, mai ascoltate. Ossitocina senza il mio consenso, visitata ogni dieci minuti violentemente "La smetta di urlare!"; infine cesareo non necessario. [...] Non riesco ad allattare, non ho più fiducia nel mio corpo.

Quella italiana non è un'iniziativa isolata ma rientra in una nuova – dopo quello degli anni '70 e '80 – ondata di attivismo e interesse mediatico sul tema, suscitata anche dalla già citata dichiarazione OMS del 2014. Movimenti dal basso analoghi a

quello italiano sono fioriti in tutta Europa e hanno sempre avuto nei *Social Network* il loro fulcro: #PayeTonUtérus in Francia nel 2014, #Genoeggezwegen nei Paesi Bassi nel 2016, #Másállapotot in Ungheria nel 2017, #Prekinimošutnju in Croazia nel 2018, #MinaMyosSynnyttajana in Finlandia nel 2019. Tutte le campagne si sono espresse contro un modello di cura ostetrica e ginecologica percepito come violento dalle donne e sono state rese possibili dalla comunicazione digitale su larga scala, che ha permesso alle donne di riconoscersi nelle storie altrui e superare l'isolamento e la personalizzazione dell'esperienza vissuta, dando al privato una dimensione pubblica. Negli stessi anni, sulla scia di queste campagne, anche molte testate si sono occupate di violenza ostetrica: in Europa "The Independent", "Le Figaro", "El País"; in Italia "L'Espresso", "La Repubblica", "La Stampa", "Il Corriere della Sera".[6]

Phil Brown, Stephen Zavestoski e colleghi (2004) hanno coniato l'espressione *Health Social Movement* (HSM) per riferirsi alle nuove forze politico-sociali che sollevano questioni e richieste in ambito di salute. Tali gruppi mettono al centro il vissuto corporeo dei singoli, mettendo in questione le pratiche e le conoscenze scientifiche *mainstream* che non darebbero risposte alla loro esperienza incarnata[7]. Brown e colleghi definiscono questi movimenti *boundary movement,* perché provano a ridefinire i limiti tra cosa può e non può essere considerato buona pratica medica. I limiti rinegoziati riguardando anche chi è legittimato a esprimere giudizi su un certo argomento "tecnico" e chi non lo è (Gieryn 1983). Tali gruppi, infatti, facendosi forti di una *expertise* costruita attraverso l'esperienza vissuta (Collins, Evans 2007), portano a sfumare i confini tra professionisti della cura e pazienti, tra esperti e "profani".

Peter Conrad e Cheryl Stults (Conrad and Stults 2010) hanno analizzato il ruolo giocato da internet nella nascita e diffusione degli HSM. L'interazione digitale, aumentando esponenzialmente facilità e quantità di informazioni accessibili ai non professionisti, ha reso più labile il confine tra sapere esperto e sapere profano, facendo breccia nel principio di autorità dei professionisti sanitari. Madeleine Akrich (Akrich and Pasveer 2004; 2010) ha riflettuto sul ruolo delle *community* online nate come gruppi di condivisione e discussione da cui possono emergere fenomeni di attivismo, con

6 Rebecca Grant, *Ethics of the Deliery Room: Who's in Control When You're Giving Birth*, "The Independendent", 18.12.2017; Caroline Piquet, Cecile Thilbert, *Quand l'accouchement se vit dans la violence*, "Le Figaro", 18.04.2017; Meritxell Freisa, *El silenciado abuso que hay detras da las cesareas*, "El País", 31.08.2017; Valentina Arcovio, *La storie delle donne vittime di violenza ostetrica*, "La Stampa", 6.10.2017; Rita Rapisardi, *Violenza ostetrica: quegli abusi in corsia vissuti dalle donne italiane*, "L'espresso", 27.04.2016; Simone Valesini, *Violenza ostetrica: il parto diventa un trauma per due donne su dieci*, "La Repubblica", 24.05.2018; *"Durante il parto mi sono sentita violentata", al via la campagna contro la violenza ostetrica #Bastatacere*, "Il Corriere della Sera", 08.04.2016.

7 Un esempio è quello dei gruppi che hanno portato avanti una sofisticata negoziazione politico-sociale per il riconoscimento della sindrome da fatica cronica nel Regno Unito (Quaranta, 1999).

particolare riferimento a quelli dedicati all'esperienza del parto. Per Akrich, questi gruppi possono comportarsi come comunità di pratica (Wenger 1998) nel momento in cui, oltre a tenere assieme individui legati da un sentire comune circa un dato tema, diventano piattaforme di condivisione e costruzione di conoscenza. Come avviene per i gruppi di auto-mutuo aiuto (Borkman 1999), il motore iniziale delle *community* è un'esperienza personale dolorosa in cui si è percepito uno scollamento tra il proprio vissuto e il mondo medico *mainstream*.

Quanto avvenuto in Italia sul tema della violenza ostetrica risponde alle dinamiche descritte in letteratura per gli HSM. Il tema è stato infatti portato nel dibattito pubblico da un gruppo di associazioni fondate da donne e famiglie con un vissuto personale doloroso relativo alla nascita, poi riunitesi nell'Osservatorio Violenza Ostetrica (OVO Italia). Tale gruppo ha riconosciuto e sfruttato le potenzialità del digitale con la già citata campagna #BastaTacere. Il gruppo si è poi comportato come una comunità di pratica, impegnandosi in prima persona nella produzione di sapere scientifico commissionando a DOXA un'indagine statistica, che resta ad oggi l'unico studio su larga scala condotto sul fenomeno in Italia (Ravaldi *et al.* 2018). L'indagine DOXA, condotta su un campione rappresentativo di 5 milioni di donne che hanno partorito tra il 2003 e il 2017, ha riportato, tra le altre cose, che il 21% delle madri dichiara di aver subito una forma di violenza durante il parto, il 33% afferma di non essersi sentita assistita in modo adeguato e il 40% sostiene di aver subito pratiche lesive della propria dignità. Sei donne su cento hanno scelto di non avere altri figli a causa del vissuto traumatico legato al parto.

Violenza ostetrica come fenomeno sociale: la percezione dei professionisti del parto

L'indagine DOXA ha suscitato sin da subito una reazione fortemente difensiva da parte delle categorie professionali di medici ostetrici ed ostetriche (AGOI, FNOPO, SIGO, AGUI; si veda (Scambia e Viora 2018) hanno criticato non solo la modalità – sostenendo che il campionamento non fosse rappresentativo – ma anche i presupposti dell'indagine e la stessa esistenza dell'oggetto di ricerca. Le associazioni professionali hanno criticato la presupposta arbitrarietà di cosa, all'interno dello studio, è stato definito "violenza", ritenendo poco obiettivo l'approccio basato sulla percezione materna. Il comunicato dell'AOGOI,[8] in particolare, ha insistito sull'attacco all'onorabilità e alla reputazione della categoria e del SSN.

[8] Associazioni Ostetrici e Ginecologi Ospedalieri Italiani

> Invero le parole "violenza ostetrica", nel momento della comunicazione, diventano già da sole e nell'immediatezza, strumento di offesa della reputazione dei professionisti sanitari, trascendendo in palese attacco e aggressione della sfera morale altrui, che certo non costituisce un generico e lecito contenuto valutativo o espressione di un giudizio rispettoso della correttezza del linguaggio e consentito dal nostro ordinamento giuridico. [...] inducendo nella mente del lettore una ingiusta ed intollerabile completa distorsione della realtà sanitaria italiana ed in particolare dell'assistenza ostetrica e al parto**,** conseguendo un risultato gravemente diffamatorio e lesivo della reputazione dei professionisti. [...] Il discredito gettato sulla intera classe sanitaria, sul SSN ed in particolare sul personale presente nelle sale parto dei nostri ospedali, al loro decoro e alla loro reputazione, le infondate affermazioni descrittive di un contesto assistenziale al parto, torvo, disumano, barbaro e tirannico, si appalesa censurabile e riprovevole e non può essere alcuna esimente o accampata giustificazione sotto il pretesto di qualsivoglia utilità sociale o doverosa informativa della collettività.
>
> Comunicato AOGOI in seguito alla pubblicazione dello studio Doxa, disponibile nell'Archivio del sito AOGOI

Nel corso delle interviste condotte in questo studio, le opinioni degli operatori sono state più sfumate e variegate rispetto a quelle fortemente negative espresse dalle categorie professionali, con forti differenze tra ostetriche e personale medico. Le ostetriche intervistate, sia libere professioniste che dipendenti ospedaliere, hanno mostrato una certa cautela verso l'affidabilità delle testimonianze online ma hanno sostanzialmente fatto propria la categoria di VO e condiviso la richiesta di una assistenza più "umana" al parto.

> Ho letto anche delle cose "mi hanno messo la flebo e mi hanno fatto venire una flebite" e che cazzo! cioè la flebo te la devo mettere, la flebite può essere una conseguenza, non è perché io sono cretina! non parliamo di violenza ostetrica per questo! però in tanti casi sì, soprattutto quando ti vengono fatte delle cose e non ti vengono spiegate.
>
> Vanessa, Ostetrica, Casa Maternità

Le ostetriche hanno messo in luce inesattezze e ingenuità che possono emergere nelle *peer community* digitali usate dalle donne come strumento di denuncia e auto-informazione; hanno tuttavia ritenuto tali movimenti utili per aumentare la consapevolezza degli operatori sui bisogni delle partorienti. Tutte le ostetriche più giovani (<30) intervistate erano entrate in contatto con testimonianze di VO condivise online e hanno affermato che questa esposizione ha cambiato la loro postura relazionale durante l'assistenza, rendendole più riflessive verso le proprie pratiche lavorative.

> Se entri nella chat delle mamme ci sono delle robe che tu dici... una donna diceva "ero dilatata di 20 cm e nessuno mi guardava!" [ridono] e le altre [nella chat] rispondevano

ISSN 2611-2914 (online)
ISSN 2611-4216 (print)

> "questa è violenza ostetrica!" quindi capisci, c'è anche questo. [...] C'è maggiore consapevolezza, forse anche la faccenda dei social ha... secondo me dà un'informazione, per quanto spesso un'informazione incompleta o sbagliata, però il post su Facebook della violenza ostetrica lo legge anche quella che si è diplomata ieri e che deve scegliere cosa fare quando si trova in sala parto.
>
> Aurora, Ostetrica, Centro Nascita

Le ostetriche partecipanti hanno mostrato in generale una reazione empatica e meno difensiva verso le testimonianze delle vignette. Hanno inoltre indicato la dimensione strutturale del problema, criticando alcuni aspetti intrinsechi al modello di assistenza ospedaliero come la spersonalizzazione, la standardizzazione delle cure, il poco tempo da dedicare alla relazione e al sostegno emotivo alla partoriente, la scarsa inclusione del partner: caratteristiche che genererebbe un vissuto traumatico anche in assenza di *malpratice*. Le ostetriche della Casa Maternità sono state le più decise a condannare non solo la scarsa "umanità" dell'approccio ospedaliero ma anche l'uso inadeguato di certe pratiche come episiotomia, manovra di Kristeller e perfusione ossitocica.

Tra le ostetriche, infine, è emersa la narrazione dell'ostetrica come "protettrice" della partoriente dal personale medico, descritto come meno attento ai bisogni emotivi e meno disposto all'ascolto.

> Sono devastata, più di una volta mi è capitato di assistere a... racconti di donne che hanno avuto questo tipo di esperienza, e ho *osservato* gli esiti, le cicatrici fisiche e emotive, come sono state traumatizzate. Come si può commentare una cosa di questo tipo? [...] *Noi* [ostetriche n.d.r.] sappiamo benissimo come muoverci in senso protettivo verso le donne quando ci sono degli operatori, un medico che sappiamo essere troppo entrante... e riuscire a trovare degli strumenti per proteggere le donne.
>
> Caterina, Ostetrica, Ospedale Universitario Toscano

> Loro non si mettono *mai* in discussione, mi sembra brutto fare questa differenza medico-ostetrica però è così, [...] è un errore che viene fatto nella loro formazione secondo me... è *insito* in loro questo distacco che hanno col paziente [...] non esiste nel 2022, siamo andati tanto avanti su tante cose e su questa cosa no, e quindi sì te lo dico da ostetrica che la violenza ostetrica esiste eccome. [...] Tante di quelle manovre che vengono fatte e sembrano barbare sono fatte per il benessere del neonato, però ci perderesti *un* minuto a... in quei momenti siamo in tanti, due ginecologi, tre specializzandi, due ostetriche, tre Oss, il neonatologo e... che nessuno parli con la donna e il compagno? non esiste! questa cosa non deve succedere e invece succede su 10 volte 4 succede. [...] solamente parlando il vissuto della donna cambia. [...] Spesso i motivi per fare un'episio o mettere un vacuum ci sono, però se non glielo spieghi la signora lo vive come una violenza, non lo può che non vivere in quel modo!
>
> Franca, Ostetrica, Centro Nascita

Il personale medico ha risposto alle vignette in modo più difensivo, ponendo l'accento sul proprio ruolo di responsabilità, anche in ottica medico-legale. La retorica di questa categoria professionale si è incentrata dunque sul tema della sicurezza come priorità assoluta. Nella prospettiva dei medici intervistati, al momento del parto sarebbe necessario mettere tra parentesi i bisogni emotivi e psicologici per dare priorità alla salute fisica. In generale le ostetriche hanno manifestato una lettura più olistica dell'assistenza, in cui il rispetto per i bisogni della persona e la sua autonomia decisionale non può essere scisso dal prendersi cura del corpo. Nelle parole delle ostetriche è inoltre ricorsa spesso l'idea che lo stato emotivo influenzi profondamente l'esito del parto e che dunque la cosiddetta umanizzazione della cura non sia da perseguire solo per motivi etici ma anche perché sarebbe la più adeguata ed efficace in termini di esiti. Tra i medici prevale invece un'ottica sostanzialmente dualistica, per cui la salute emotiva e psicologica può, e in alcuni casi deve, essere messa da parte per agire sul corpo fisico.

> La violenza ostetrica ci può essere ma io devo portare a casa l'*outcome* positivo per mamma e bambino, quindi, se quello porta alla velocità e alla mancanza di comunicazione non c'è niente da fare… sì ok episiotomia o altre manovre che sono abituati a fare i ginecologi anche senza necessità, posso dire parliamone, però in quel momento…
>
> Vincenzo, Anestesista, Ospedale Universitario Toscano

> Se purtroppo ho dovuto fare una ventosa o siamo dovuti andare in sala per un cesareo urgente e non ho avuto il tempo di spiegarlo alla donna e per lei magari questo è stato traumatico, però se in quel momento la mamma e il bambino stanno bene io mi sento a posto con me con la coscienza, per me è un parto che è andato bene.
>
> Rebecca, Ginecologa, Ospedale Universitario Lombardo

Per quanto riguarda la dimensione digitale del fenomeno, il personale medico intervistato ha mostrato molto scetticismo verso le testimonianze condivise online. Tali condivisioni non sono state ritenute attendibili perché, oltre a non essere verificabili, le neomadri non sono state ritenute competenti per discutere e valutare l'evento del parto. Tra i medici, in particolare, molti hanno sostenuto che l'ambiente digitale non è adeguato ad affrontare la questione dell'eventuale *malpratice* ostetrica, che dovrebbe semmai essere gestita all'interno di un contesto professionale.

> Queste cose partono sempre dai media no? invece di parlarne all'interno dell'ambiente fra i professionisti, parte sempre da una campagna Twitter, da una mozione, un # su Instagram o da un gruppo di mamme su Facebook 'ste cose, sì…
>
> Marina, Ginecologa, Ospedale Universitario Lombardo

> Le cose che una paziente riferisce sono da prendere non con le pinze di più! quando leggo tutti questi racconti di, diciamo così, "violenza ostetrica", nella maggior parte dei casi sono racconti distorti dalla paziente che riferisce in maniera inesatta [...] ci sono mille storie che la gente ti può raccontare e di solito sono molto pompate [...] poi ovviamente quando vengono fuori sti discorsi si attacca la categoria in generale che siano ostetriche che siano medici, ma soprattutto i medici figurati! [ride] però poi alla fine sono cose che vengono dette da persone che non ne sanno nulla.
>
> Luca, Ginecologo, Ospedale Universitario Toscano

> Si vabbè [tono un po' scocciato] che ti devo dire guarda, sì può darsi, cioè anzi sicuramente 'ste cose succedono, o è probabile... cioè penso che succedono [pausa] Internet però ha anche sdoganato tanti imbecilli che poi dicono... e non lo so che cos'è vero e che cosa non è vero.
>
> Elia, Anestesista, Ospedale Universitario Toscano

I medici partecipanti hanno razionalizzato e "normalizzato" tanto la vignetta proposta quanto il fenomeno in generale, affermando che molto di quello che viene percepito dalle pazienti come traumatico in realtà rientrerebbe nella *norma* della pratica. Di conseguenza il "problema" della percezione traumatica viene scaricato primariamente sulla donna, che dovrebbe essere in grado di adeguare le proprie aspettative alla "realtà" dell'evento parto.

> Oppure che è andato effettivamente così, però semplicemente era diverso, guarda un po', dalle sue aspettative... però nel senso, è la normalità. [...] Le storie che ho sentito io di violenza ostetrica... più che altro non riesci a oggettivarle, oppure se dici "mi ha messo le dita in vagina la ginecologa, l'ostetrica tre volte e lo specializzando per imparare" ma anche quella è la normalità! se poi tu l'hai vissuta così probabilmente non è neanche un problema dell'équipe, è un problema tra virgolette tuo.
>
> Luca, Ginecologo, Ospedale Universitario Toscano

Un tema che è emerso in tutte le interviste e condiviso da tutte le categorie professionali è quello della violenza ostetrica come problema comunicativo. L'idea condivisa è che una corposa parte del problema – se non, per alcuni, la sua totalità – sia legata ad una errata o mancata comunicazione tra sanitario e paziente. Con tale chiave interpretativa l'operatore, pur riconoscendo l'esistenza di un problema, mette al riparo dalle critiche l'*expertise* propria o della categoria: la violenza ostetrica appare riconducibile ad un "semplice" problema di incomprensione comunicativa mentre è da escludersi la malafede o incompetenza dell'operatore o l'inadeguatezza del modello assistenziale in sé. Ad essere oggetto di critica non dovrebbero essere dunque le pratiche ostetriche in sé ma solo il modo in cui queste vengono comunicate.

> Secondo me è ancora presente purtroppo [la VO n.d.r.], ma la riporto molto, quasi tutta, sul piano della comunicazione [...] a volte si fanno cose necessarie e basterebbe veramente poco per evitare di farle diventare atti di violenza, è molto evidente che si potrebbe veramente fare di più dal punto di vista comunicativo [...] una ventosa che in certi momenti può salvare un bambino se non è ben comunicata è assolutamente un atto di violenza, secondo me il gap è la comunicazione.
>
> Anna, Ostetrica, Centro Nascita

Solo tra ginecologi e anestesisti, invece, è emersa una critica anche all'interpretazione "comunicativa" della violenza ostetrica. Secondo alcuni, infatti, la comunicazione è comunque un elemento secondario nella cura e il medico non sarebbe tenuto ad occuparsene, perché sua responsabilità primaria è la sicurezza dei pazienti. Per raggiungere questo obiettivo, il vissuto negativo o traumatico è un effetto collaterale accettabile. Il concetto di "sicurezza" viene dunque ricondotto completamente al piano della sopravvivenza di madre e neonato mentre poca o nessuna attenzione viene posta sulla salute mentale ed emozionale o sull'autonomia decisionale. In tema di sicurezza, nessuno tra i medici intervistati ha fatto riferimento alla iatrogenesi legata all'abuso di procedure mediche non necessarie (Liese *et al.* 2021; Smith-Oka 2022). Per i medici intervistati, la partoriente non sarebbe nelle condizioni di prendere decisioni sul proprio parto poiché non competente in merito. In alcune interviste è emersa l'immagine della donna che "sragiona" e che, per la propria sicurezza e quella del bambino, deve essere guidata e controllata dal medico, anche con l'uso della forza.

> Se vai dal meccanico e il meccanico dice "ti devo cambiare la frizione" e poi dopo mi dà un conto di 1.000 € perché alla fine valuta che erano da cambiare anche le pasticche... e che faccio parlo della violenza del meccanico? cioè non lo so, tu non ne capisci niente e quindi paghi e basta, perché se vai a partorire ti aspetti che ti fanno partorire bello tranquillo e sistemato? pure senza pagare!
>
> Vincenzo, Anestesista, Ospedale Universitario Toscano

> Nel momento dell'urgenza ci sta adrenalina e ci sta l'urlo del medico che dice "SIGNORA ORA DEVE ASCOLTARE ME!" [...] se questa perde il capo ci sta che devi alzare la voce, ci sta che non sia bello, ci sta che poi venga preso dalla paziente come "mi hanno urlato in faccia" ma non ti puoi permettere in quei momenti una donna che urla e che si dimena, certe volte si esce un pochino dai binari ma va bene così.
>
> Filippo, Ginecologo, Ospedale Universitario Toscano

> A volte perdono *to tal men te la testa* e visto che il tuo obiettivo è tirar fuori il bambino *vivo* ci sono delle volte in cui oggettivamente sei quasi... o meglio sì! ci sentiamo legittimati a fare tutto, nel senso che se la donna perde la testa noi ci sentiamo legittimati ad

> essere aggressivi per salvare quel bambino ok? a volte veramente devi essere duro per riportarle all'*hic et nunc*.
>
> Giada, Ginecologa, Ospedale Universitario Lombardo

Molti medici hanno invece interpretato l'aspetto comunicativo non tanto come strumento per migliorare il vissuto o l'autodeterminazione delle partorienti quanto come mezzo protettivo in ambito medico-legale. Tale urgenza difensiva è legata ad una importante pressione medico-legale per i dipendenti del SSN che vede il suo picco proprio in ambito ostetrico[9]. L'ansia degli operatori verso eventuali ritorsioni legali è emersa trasversalmente agli operatori ospedalieri mentre non è stata riscontrata nelle ostetriche che lavorano in ambiti extra-ospedalieri. Il modello assistenziale delle Case Maternità, infatti, basato sulla continuità assistenziale e sulla personalizzazione della cura, agevola l'istaurarsi di una relazione terapeutica di conoscenza e fiducia reciproca.

> È importante la comunicazione, le cause vengono fuori da errori di comunicazione. A me capita di dire alla paziente "si prova a fare questa cosa, non è detto che funzioni, ha dei rischi", importante è comunicare e informare anche in maniera scritta questa cosa dei rischi così nel momento in cui poi questi rischi avvengono erano stati detti quindi tu non hai colpa.
>
> Luca, Ginecologo, Ospedale Universitario Toscano

> La comunicazione è *fondamentale*, è la prima cosa, spiegare quello che fai, perché lo fai, perché tutto… la comunicazione è fondamentale perché la gran parte delle cause medico legali vengono da una mancata comunicazione, non da un danno che uno fa.
>
> Elia, Anestesista, Ospedale Universitario Toscano

> La difficoltà relazionale e comunicativa non è da caricare solo sugli operatori ma riguarda anche i pazienti. C'è una questione di resistenza al personale sanitario e la violenza in questo caso non è ostetrica ma è una violenza contro gli operatori. Spesso è difficile la relazione quindi è inutile continuare sul percorso. Tante volte ci sono i mariti con il cellulare che sono lì a farsi i fatti loro e poi quando arrivi ti aggrediscono "ma perché questa cosa, ma perché mia moglie, la flebo, l'epidurale…".
>
> Vincenzo, Anestesista, Ospedale Universitario Toscano

Discussione e conclusioni

Il medico "novecentesco" aveva una relazione direttiva, fortemente asimmetrica e unidirezionale verso la partoriente – così come verso gli altri operatori sanitari non medici. Tale approccio incarnava il modello assistenziale che Ezekiel e Linda

[9] Cfr. *Medicina difensiva*, dal sito "Ministero della Salute", URL: www.salute.gov.it.

Emanuel (1992) hanno definito paternalistico. Oggi tale schema è stato messo profondamente in discussione da una nuova sensibilità, culturale e legislativa, circa il principio di autodeterminazione e i diritti della persona in cura. In Italia, ad esempio, la legge 219/2017 recante *Norme in materia di consenso informato e disposizioni anticipate di trattamento* prospetta esplicitamente una "pianificazione condivisa delle cure" tra medico e paziente. Il modello di cura che si profila, sempre usando le categorie di Ezekiel e Linda Emanuel, è quello informativo, in cui il sanitario si comporta idealmente come esperto informatore e suggeritore mentre al soggetto in cura, che a tratti si avvicina alla categoria dell'utente-cliente, è lasciato il potere di scelta (Cardano, Giarelli e Vicarelli 2020). L'inedito ribilanciamento dei poteri nell'interazione curante-curato è ancora più evidente quando questo coinvolge una donna, come nel caso dell'assistenza al parto. In questo caso, infatti, le dinamiche di relazione profondamente trasformate non sono solo quelle dei ruoli di cura ma anche quelle dei rapporti di genere.

Nel corso delle interviste è emerso con molta chiarezza come il passaggio dal modello paternalistico a quello informativo non sia scevro da conflitti e resistenze né avvenga per tutte le categorie coinvolte alla stessa velocità. Per i medici partecipanti, quello che la partoriente percepisce come VO è prevalentemente il frutto di uno scarto tra le sue aspettativa e la "realtà" dell'evento parto. Anche se la maggior parte degli intervistati ha riconosciuto l'utilità di migliorare l'aspetto comunicativo, la comunicazione è stata presentata come strumento per facilitare l'adeguamento della partoriente al modello di assistenza, mentre non si è posta la possibilità di modificare le modalità dell'assistenza per incontrare i bisogni degli utenti. In generale, il personale medico intervistato ha presentato come dato fortemente negativo il fatto che le "pazienti" abbiano perso la totale fiducia verso il personale sanitario e mettano sempre più in campo strumenti difensivi e tentativi di negoziazione delle pratiche di cura. Ginecologi e anestesisti hanno sottolineato come questo possa diventare un intralcio allo svolgimento del loro lavoro e un problema di sicurezza per le assistite.

> Non è che devono avere loro il controllo su quello che sta succedendo, che è un grosso problema delle mamme del nostro tempo, mi rendo conto che uno fa fatica ad affidarsi ma sei lì con degli esperti e devi avere fiducia.
>
> Giuliana, Ginecologa, Ospedale Universitario Lombardo

> In generale è cambiato proprio il rapporto medico-paziente, anche a livello dell'ostetricia, e non sempre con un buon risultato… percepisco sempre una reticenza e una difficoltà nell'affidarsi a quelle che sono le indicazioni mediche. Spesso molti pazienti sono sulla difensiva […] stanno lì e ti chiedono più volte per quale motivo viene fatta una cosa, perché hanno letto su Internet che alcune donne hanno fatto un'altra cosa,

> oppure… per me l'estremismo è il piano del parto[10] […] molte donne che arrivano lì con una lettera in cui è scritto quello che loro vorrebbero. […] in quel momento mi sento io svilita come medico, quasi offesa non so come dire.
>
> Rebecca, Ginecologa, Ospedale Universitaria Toscano

Dal punto di vista delle ostetriche, invece, l'accento è stato posto sul rispetto della libertà di scelta, dei bisogni e delle preferenze della paziente, con l'idea che tale rispetto non sia solo giusto ma porti a migliori *outcome* materni e neonatali. Se le ostetriche ospedaliere hanno sottolineato come questo non sia sempre possibile nel contesto ospedaliero, una maggior libertà è stata riportata dalle ostetriche che lavorano in Casa Maternità e Centro Nascita, che gestiscono in completa autonomia le nascite fisiologiche.

> "io sono un medico e so io qual è la cosa giusta per te" ecco alla fine degli anni '90 era ancora molto intrisa di tutto questo la struttura pubblica e ancora adesso un po' è rimasto…
>
> Sara, Ostetrica, Ospedale Universitario Toscano

> Si crea una relazione più alla pari più… poi è ovvio che io sono "il" professionista e vengo ad assistere la tua nascita […] ovviamente ci sono dei vincoli che sono i vincoli di sicurezza… sempre con l'obiettivo finale che la mamma e il bambino stiano bene. Però c'è più margine in una gestione delle cose che tenga conto dell'aspetto emotivo.
>
> Veronica, Ostetrica, Centro Nascita

> L'atteggiamento dei medici è quello di dire "tu non sei nessuno per dirmi come devo lavorare" ed è un atteggiamento profondamente sbagliato, perché ovviamente […] più vado vicino a quello che vorresti e più quel parto va verso una dimensione di fisiologia e umanità.
>
> Maria, Ostetrica, Casa Maternità

Sebbene non fosse il focus di questa ricerca, degno di nota è il ruolo del genere del professionista nel suo posizionamento verso il tema della VO. Per quanto riguarda le ostetriche, non è possibile scindere il genere dalla professione, essendo l'ostetricia un'attività *de facto* a monopolio femminile; tutte le ostetriche intervistate per questo studio, infatti, erano donne. Per i medici (ginecologi e anestesisti), in questo studio la variabile del genere non sembra essere in correlazione con l'atteggiamento che il professionista mostra nei confronti del tema della VO. Tuttavia, è significativo segna-

[10] Documento che la donna in gravidanza può redigere e consegnare prima del parto al punto nascita scelto, per fare presenti bisogni, aspettative e necessità a cui si chiede di tener fede, compatibilmente con la necessità medica.

lare che le dottoresse che hanno partecipato allo studio non avevano mai partorito. Le ostetriche intervistate – la maggior parte delle quali aveva almeno un figlio – hanno descritto la propria esperienza di parto come un punto di svolta nella capacità di entrare in empatia e comprendere il vissuto della partoriente. Questo suggerisce che non sarebbe tanto, o almeno non solo, il genere in sé a influenzare il posizionamento verso il tema della VO, quanto piuttosto l'aver vissuto sul proprio corpo l'esperienza del parto. Per indagare tale aspetto è necessaria ulteriore ricerca sul tema, con un campione di professionisti più variegato in termini di genere e esperienze genitoriali.

In conclusione, la creazione della categoria di VO ci dimostra che donne e famiglie chiedono oggi una cura diversa rispetto a quella ricevuta dalle loro madri. Si aspettano una presa in carico olistica – che tenga conto anche dei loro bisogni emotivi e psicologici – e sono meno disposte ad accettare atteggiamenti prevaricanti, siano o non siano frutto di necessità medica. Le ostetriche, pur con alcune differenze legate al setting di cura, sembrano voler assecondare e sostenere tale richiesta. Dall'altro lato, il personale medico reputa questa tendenza problematica perché metterebbe a repentaglio la sicurezza di madre e neonato e vorrebbe continuare ad esercitare un potere *absolutus* – nel senso di sciolto da vincoli – sulla scena del parto. Il processo di passaggio dal modello paternalistico a quello informativo è dunque tutt'altro che concluso e non possiamo sapere se in futuro sarà compiuto o piuttosto invertito. Ad oggi, i conflitti tra professionisti e partorienti appaiono inevitabilmente legati alle diverse aspettative degli attori sociali sulla scena del parto.

[Articolo ricevuto il 4 Aprile 2024 – accettato il 10 Giugno 2024]

Bibliografia

Akrich, M.
2010 'From communities of practice to epistemic communities: Health mobilizations on the internet', *Sociological Research Online*, 15(2), pp. 116–132.

Akrich, M. and Pasveer, B.
2004 'Embodiment and disembodiment in childbirth narratives', *Body & Society*, 10(2–3), pp. 63–84.

Antonelli, F.
2016 'La violenza ostetrica: ipotesi interpretative su una categoria in ascesa', *Autonomie locali e servizi sociali*, 39(2), pp. 265–280.

Baggio, G. *et al.*
2013 'Gender medicine: a task for the third millennium', *Clinical Chemistry and Laboratory Medicine (CCLM)*, 51(4), pp. 713–727.

Barter, C. and Renold, E.
1999 'The use of vignettes in qualitative research', *Social research update*, 25(9), pp. 1–6.

Blondin, M.
2019 *Obstetrical and Gynaecological Violence Assembly Debate on 3 October 2019 (34th Sitting)*. Report of the Committee on Equality and Nondiscrimination (doc. 14965). European Council. Available at: www.assembly.coe.int.

Bohren, M.A. *et al.*
2015 'The mistreatment of women during childbirth in health facilities globally: a mixed-methods systematic review', *PLoS medicine*, 12(6), pp. 1-32.

Borkman, T.
1999 *Understanding self-help/mutual aid: Experiential learning in the commons*. Rutgers University Press.

Bourdieu, P.
1986 'The forms of capital', in J.G. Richardson (ed.) *Handbook of Theory and Research for the Sociology of Education*. Greenwood Press New York, pp. 241–258.

Brown, P. *et al.*
2004 'Embodied health movements: new approaches to social movements in health', *Sociology of health & illness*, 26(1), pp. 50–80.

Cannone, C.
2019 'La violenza in sala parto. Osservazioni a margine di una questione controversa', *Studi sulla questione criminale*, 14(1–2), pp. 151–164.

Cardano, M., Giarelli, G. e Vicarelli, G.
2020 *Sociologia della salute e della medicina*. Il Mulino.

Chervenak, F.A. *et al.*
2024 'Obstetric violence is a misnomer', *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 230(3), pp. S1138–S1145. Available at: https://doi.org/10.1016/j.ajog.2023.10.003.

Clarke, V. and Braun, V.
2021 'Thematic analysis: a practical guide', *Thematic Analysis*, pp. 1–100.

Collins, H. and Evans, R.
2007 *Rethinking Expertise*. University of Chicago Press.

Conrad, P. and Stults, C.
2010 'The internet and the experience of illness', *Handbook of medical sociology*, 6, pp. 179–91.

D'Gregorio, R.P.
2010 'Obstetric violence: a new legal term introduced in Venezuela', *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. Elsevier.

Filippini, N.M.
2017 *Generare, partorire, nascere. Una storia dall'antichità alla provetta*. Viella.

Gieryn, T.F.
1983 'Boundary-work and the demarcation of science from non-science: Strains and interests in professional ideologies of scientists', *American sociological review*, pp. 781–795.

Habek, D., Cerovac, A. and Mikuš, M.
2022 'Kristeller's fundal expression: clinical, forensic and deontological controversies', *Archives of Gynecology and Obstetrics*, pp. 1–3.

Hughes, R. and Huby, M.
2004 'The construction and interpretation of vignettes in social research', *Social work and social sciences review*, 11(1), pp. 36–51.

Jenkins, N. *et al.*
2010 'Putting it in context: the use of vignettes in qualitative interviewing', *Qualitative research*, 10(2), pp. 175–198.

Kozinets, R.V. and Gambetti, R. (eds)
2020 *Netnography Unlimited: Understanding Technoculture Using Qualitative Social Media Research*. Routledge.

Liese, K.L. *et al.*
2021 'Obstetric iatrogenesis in the United States: the spectrum of unintentional harm, disrespect, violence, and abuse', *Anthropology & medicine*, 28(2), pp. 188–204.

Miller, S. *et al.*
2016 'Beyond too little, too late and too much, too soon: a pathway towards evidence-based, respectful maternity care worldwide', *The Lancet*, 388(10056), pp. 2176–2192.

Morrison, T.L.
2015 'Using visual Vignettes: my learning to date', *The Qualitative Report*, 20(4), p. 359.

Newman, J. and Tonkens, E.
2011 'Active citizenship: Responsibility, choice and participation', in Participation, responsibility and choice: summoning the active citizen in Western European welfare states. Amsterdam University Press.

O'Brien, E. and Rich, M.
2022 'Obstetric violence in historical perspective', The Lancet, 399(10342), pp. 2183–2185.

Picchio, A. and Pincelli, G.
2019 *Una lotta femminista globale: l'esperienza dei gruppi per il salario al lavoro domestico di Ferrara e Modena*. Franco Angeli.

Quaranta, I.
1999 'Costruzione e negoziazione sociale di una sindrome. Un'indagine antropologica sul contenzioso intorno alla Chronic fatigue syndrome (CFS) nel Regno Unito', *AM. Rivista della Società Italiana di Antropologia Medica*, 4(7–8).

Quattrocchi, P.
2018 *Oltre i luoghi comuni: partorire e nascere a domicilio e in casa maternità*. Editpress.

Quattrocchi, P.
2019 'Violenza ostetrica. Le potenzialità politico-formative di un concetto innovativo', *EtnoAntropologia*, 7(1), pp. 125–147.

Ravaldi, C. *et al.*
2018 'Abuse and disrespect in childbirth assistance in Italy: A community-based survey', *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology*, 224, pp. 208–209.

Rocca-Ihenacho, L. *et al.*
2018 'Midwifery unit standards', *City, University of London, London*.

Sadler, M., Leiva, G. and Olza, I.
2020 'COVID-19 as a risk factor for obstetric violence', *Sexual and reproductive health matters*, 28(1), p.46-48.

Scambia, G. and Viora, E.
2018 'Letters to the Editor – Brief Communications "Obstetric violence"', *Between misunderstanding and mystification European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 228, pp. 331–33.

Schoenberg, N.E. and Ravdal, H.
2000 'Using vignettes in awareness and attitudinal research', *International journal of social research methodology*, 3(1), pp. 63–74.

Šimonović, D.
2019 *A human rights-based approach to mistreatment and violence against women in reproductive health services with a focus on childbirth and obstetric violence*. Report of the Special Rapporteur on violence against women at the United Nations General Assembly. United Nations. Available at: www.digitiallibrary.un.org.

Smith-Oka, V.
2022 'Cutting women: unnecessary cesareans as iatrogenesis and obstetric violence', *Social Science & Medicine*, 296, p. 1-9.

Stevens, J.R. and Alonso, C.
2021 'Developing operational standards for Midwifery Centers', *Midwifery*, 93, p..

Tremblay, D. *et al.*
2022 'Development and use of research vignettes to collect qualitative data from healthcare professionals: a scoping review', *BMJ open*, 12(1).

Vedelago, F.
2016 'Le dimensioni del ruolo sociale dell'utente attore', in G. Vicarelli (ed.) *Oltre il coinvolgimento: l'attivazione del cittadino nelle nuove configurazioni di benessere*. Il Mulino.

Wenger, E.
1998 'Communities of practice: Learning as a social system', *Systems thinker*, 9(5), pp. 2–3.

WHO
2014 *Prevention and elimination of disrespect and abuse during facility-based childbirth: WHO statement*. World Health Organization.

Youssef, A. *et al.*
2019 'Fundal pressure in second stage of labor (Kristeller maneuver) is associated with increased risk of levator ani muscle avulsion', *Ultrasound in obstetrics & gynecology*, 53(1), pp. 95–100.

About the author

Giuditta Mitidieri is a PhD candidate in Social Sciences at the University of Padova. Her research deals with female reproductive health, with a focus on childbirth experience. In her doctoral project she has studied and compared models of childbirth assistance currently available in Italy, through interviews and participant observation in different birth settings. She has been visiting researcher at City University of London, School of Midwifery, where she has cooperated with the Centre for Maternal and Child Health Research.

Giuditta Mitidieri

Department of Sociology (FISSPA), University of Padova, via Cesarotti 12, Padova, 35123, Italy

e-mail: giuditta.mitidieri@phd.unipd.it