

PROFILI PENALI DELLA C.D. VIOLENZA OSTETRICA

di Marina Di Lello Finuoli

Il contributo esamina il fenomeno della c.d. violenza ostetrica, ossia degli atteggiamenti irrispettosi e/o abusanti tenuti dagli esercenti le professioni sanitarie nei confronti delle donne durante il travaglio, il parto e l'erogazione delle prestazioni sanitarie legate alla sfera sessuale e riproduttiva. Il saggio si propone di avviare la riflessione su un tema che, all'estero, ha già impegnato l'intervento del legislatore, anche sul fronte punitivo. A valle dell'inquadramento empirico-criminologico della casistica e della descrizione delle condotte effettivamente riconducibili alla nozione di "violenza ostetrica", segue una verifica degli strumenti di tutela offerti dall'ordinamento italiano. In prospettiva de lege ferenda, l'Autrice riflette sulle strategie (non penali) di prevenzione delle distorsioni del rapporto medico/partoriente e delle offese all'autodeterminazione e alla dignità delle donne, con particolare attenzione alla disciplina del consenso informato.

SOMMARIO: 1. Un primo sguardo d'insieme. – 2. La violenza ostetrica nel panorama internazionale. – 3. La violenza ostetrica tra violenza di genere e violenza (e *malpractice*) sanitaria. – 4. Le definizioni legali della violenza ostetrica. – 5. La violenza ostetrica in Italia: un problema sovrastimato? – 6. Gli ipotizzabili strumenti di tutela nell'ordinamento italiano. – 7. La proposta di legge Zaccagnini. – 8. Il ruolo del consenso. – 9. La risposta culturale alla violenza ostetrica.

*Alla donna disse:
«Moltiplicherò i tuoi dolori e le tue gravidanze,
con dolore partorirai figli...».*
(Genesi, 3, 16)

1. Un primo sguardo d'insieme.

Il tema della violazione dei diritti delle donne in occasione del parto, per mano degli esercenti le professioni sanitarie, sta conquistando, negli ultimi anni, una crescente attenzione mediatica. Il fenomeno non riguarda "solo" gli atti medici arbitrari, lesivi della libertà di autodeterminazione delle partorienti su tempi e modalità dell'assistenza, ma comprende ogni altro atteggiamento irrispettoso e/o abusante tenuto dal personale medico, ostetrico, infermieristico e socio-sanitario nei confronti delle donne durante il travaglio, il parto e l'erogazione delle prestazioni sanitarie legate alla sfera sessuale e riproduttiva: visite ginecologiche, interruzioni di gravidanza, procedure di procreazione

medicalmente assistita, consulenze per l'allattamento, prescrizione di contraccettivi, ecc. Per tale ragione, viene definito, anche in letteratura, col nome di «violenza ostetrica»¹.

L'espressione – senz'altro provocatoria – non è del tutto inconferente². Le “denunce” delle partorienti, veicolate soprattutto dai *social network* e dai mezzi di informazione che ne ripropongono i contenuti, raccontano di maltrattamenti fisici e verbali, violazioni del consenso e della *privacy*, imposizioni di manovre dolorose, incisioni chirurgiche, somministrazioni di farmaci; alle volte, all'opposto, vengono lamentati il travaglio in condizioni di abbandono, il rifiuto della terapia del dolore o del taglio cesareo (d'ora in avanti: TC), la mancanza di un'assistenza adeguata o, almeno, della presenza di una persona di fiducia. Da qui l'evocazione della nozione (penalistica) di “violenza” e la rilevanza politico-criminale del *problema*³.

Il presente contributo si propone, anzi tutto, di avviare la riflessione su un tema che “minaccia” di impegnare l'intervento del legislatore, anche sul fronte punitivo. A valle dell'inquadramento empirico-criminologico della casistica, utile a perimetrare la ricerca in base al contesto (lecito) di perpetrazione degli abusi, seguirà la descrizione delle condotte riconducibili alla nozione di violenza ostetrica. Soccorreranno, da questo punto di vista, le definizioni tratte dagli ordinamenti stranieri che disciplinano in modo espresso la materia, nonché l'esame di un progetto di legge «per la tutela dei diritti della partorienti e del neonato e per la promozione del parto fisiologico», presentato al Parlamento italiano nel 2016. Si procederà, poi, alla verifica degli strumenti di tutela offerti dal nostro ordinamento e, quindi, in prospettiva *de lege ferenda*, alla riflessione sulle strategie di prevenzione delle più evidenti distorsioni del rapporto medico/partorienti e delle offese all'autodeterminazione e alla dignità delle donne in materia di salute sessuale e riproduttiva.

Avvisiamo sin d'ora il lettore della contrarietà di chi scrive, in aderenza al dettame dell'*ultima ratio*⁴, a pensare in termini preminentemente penali la risposta legale alla *malpractice* ostetrica, pure nelle sue manifestazioni “violente”. Ragioneremo, piuttosto, sulla possibilità di intervenire, in chiave preventiva, sulla disciplina del

* La redazione del saggio si è avvalsa del contributo e delle testimonianze delle dott.sse Emanuela Wally Ossola (Policlinico di Milano-Mangiagalli) e Rossana Favia (I.R.C.C.S. Ospedale San Raffaele).

¹ In Italia, in particolare, l'espressione “violenza ostetrica” è stata utilizzata nella campagna mediatica dal titolo «Basta tacere: le madri hanno voce», promossa da OVO Italia (Osservatorio sulla Violenza Ostetrica) allo scopo di consentire alle donne di raccontare le loro esperienze di abuso e/o mancanza di rispetto da parte del personale sanitario e socio-sanitario durante il parto (<https://ovoitalia.wordpress.com/>).

² In luogo dell'espressione “violenza ostetrica”, BOHREN *et al.* (2015) propongono: «“*mistreatment of women*” as a broader, more inclusive term that better captures the full range of experiences women and health care providers have described in the literature. These experiences can be active (such as intentional or deliberate physical abuse), passive (such as unintentional neglect due to staffing constraints or overcrowding), related to the behavior of individuals (verbal abuse by health care providers against women), or related to health system conditions (such as a lack of beds compromising basic privacy and confidentiality). However, they can all impact on a woman's health, her childbirth experiences, and her rights to respectful, dignified, and humane care during childbirth».

³ Nella dottrina penalistica, sulla nozione di violenza, *ex multis*: PEDRAZZI (1957); DE SIMONE (1993); MEZZETTI (1998); VIGANÒ (2002), pp. 235 ss.

⁴ DEMURO (2013).

consenso informato e della programmazione anticipata e condivisa dell'assistenza al parto e alle prime fasi della maternità.

2. La violenza ostetrica nel panorama internazionale.

Il concetto di violenza ostetrica nasce alla fine degli anni Novanta in America Latina, grazie soprattutto all'attivismo delle associazioni impegnate nella promozione di una maggiore "umanizzazione" del parto⁵. Le campagne di sensibilizzazione sulla diffusione e sistematicità degli abusi nei reparti di ostetricia e ginecologia convincono l'opinione pubblica della necessità di approntare una disciplina di contrasto ai maltrattamenti perpetrati dal personale sanitario.

A partire dagli anni Duemila, grazie anche all'avanzamento degli studi antropologici sulle cause e le forme di manifestazione del fenomeno⁶, diversi Stati dell'America centrale decidono di definire legalmente la violenza ostetrica, prevedendo altresì misure di tipo sanzionatorio per le più gravi aggressioni alla libertà e dignità delle utenti⁷.

Lungi dal potersi considerare una *suggerzione* dei soli ordinamenti latinoamericani, il tema ha ormai assunto rilevanza internazionale, giungendo infine all'attenzione dei Paesi dell'Unione europea e delle sue Istituzioni. Tra i molteplici riferimenti ai diritti delle donne in relazione alle prestazioni sanitarie legate alla maternità⁸, si segnalano, in particolare, le seguenti iniziative:

⁵ Tra questi: Network for the Humanization of Labour and Birth – ReHuNa (Brasile); The Latin American and Caribbean Network for the Humanization of Childbirth – RELACAHUPAN; Grupo de Información en Reproducción Asistida (Messico); Mujeres y niñas sin justicia (Messico); Derechos Reproductivos en México.

⁶ Come sopra: non solo in occasione del parto, ma anche durante l'assistenza all'allattamento e alle cure materno-neonatali, i colloqui per gli interventi di interruzione di gravidanza, le consulenze sulla contraccezione, gli incontri di educazione sessuale, ecc.

⁷ I primi Paesi ad aver varato una disciplina *ad hoc* contro la violenza ostetrica sono stati Venezuela, Argentina, Mexico e Uruguay. Sul tema, QUATTROCCHI (2019), articolo pubblicato nell'ambito della ricerca antropologica "*Obstetric violence. The new goals for research, policies and human rights in childbirth*" (acronimo OBSTETRICVIOLENCE), finanziata dal programma europeo Marie Curie per il biennio 2016-2018 (Università degli Studi di Udine, Universidad Nacional de Lanús e World Health Organization Collaborating Centre for Maternal and Child Health di Trieste).

⁸ Per esempio: *Inter-American Convention on the Prevention, Punishment, and Eradication of Violence against Women* (Convention of Belém do Pará del 1994, che ha incluso tra le violenze di genere che causano alle donne morte o sofferenze fisiche, sessuali o psicologiche anche le violenze perpetrate in occasione dell'assistenza sanitaria); *Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination Against Women - CEDAW* (adottata dall'Assemblea Generale delle Nazioni Unite il 18 dicembre 1979; in particolare, art. 12); *Declaration of the Elimination of Violence Against Women* (adottata dall'Assemblea Generale delle Nazioni Unite il 20 dicembre 1993; in particolare, art. 3, lett. f); *Report of the Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights on preventable maternal mortality and morbidity and human rights*; *Charter on the Universal Rights of Childbearing Women*; *Council of Europe Convention on preventing and combating violence against women and domestic violence* (c.d. Convenzione di Istanbul, dell'11 maggio 2011; in particolare, artt. 38 e 39, in tema di mutilazioni genitali femminili, aborto forzato e sterilizzazione forzata).

i) La dichiarazione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) per «La prevenzione e l'eliminazione dell'abuso e della mancanza di rispetto durante il parto presso le strutture ospedaliere» (2014), con la quale si chiede un intervento contro: «l'abuso verbale, procedure mediche coercitive o non acconsentite (inclusa la sterilizzazione), la mancanza di riservatezza, la carenza di un consenso realmente informato, il rifiuto di offrire un'adeguata terapia per il dolore, gravi violazioni della *privacy*, il rifiuto di ricezione nelle strutture ospedaliere, la trascuratezza nell'assistenza al parto con complicazioni altrimenti evitabili che mettono in pericolo la vita della donna, la detenzione delle donne e dei loro bambini nelle strutture dopo la nascita connessa all'impossibilità di pagare»; trattamenti, precisa l'OMS, che «non solo violano il diritto delle donne ad un'assistenza sanitaria rispettosa, ma possono anche minacciare il loro diritto alla vita, alla salute, all'integrità fisica e alla libertà da ogni forma di discriminazione»⁹.

ii) La Risoluzione dell'Assemblea parlamentare del Consiglio d'Europa sulle violenze ostetriche e ginecologiche (2019), che definisce la violenza ostetrica «*a violation of human rights and a manifestation of gender discrimination*»; «*a form of violence that has long been hidden and is still too often ignored*»; e aggiunge: «*This violence reflects a patriarchal culture that is still dominant in society, including in the medical field*»¹⁰.

iii) Il Rapporto di Dubravka Šimonović, Relatrice Speciale del Consiglio dei diritti umani, «sulla violenza contro le donne, le sue cause e le sue conseguenze in relazione all'approccio basato sui diritti umani nell'ambito del maltrattamento e della violenza contro le donne nei servizi di salute riproduttiva con particolare riferimento al parto e alla violenza ostetrica» (2019). Il Rapporto, trasmesso all'Assemblea Generale delle Nazioni Unite a valle di una intensa attività di studio, raccolta di dati e confronto con gli esperti, colloca senza riserve la violenza ostetrica tra le offese ai diritti umani, «come parte di un insieme di violazioni che vengono realizzate nel contesto più vasto dell'ineguaglianza strutturale, della discriminazione e del patriarcato»¹¹.

iv) La Risoluzione del Parlamento europeo sulla situazione della salute sessuale e riproduttiva e relativi diritti nell'UE nel quadro della salute delle donne (2021), che inquadra la violenza ginecologica e ostetrica tra le forme di abuso e discriminazione in materia di salute sessuale e riproduttiva (*Considerando*, lett. I) e le violazioni dei diritti umani motivate dall'odio di genere (nn. 16 e 41). Nel novero delle violenze perpetrate ai danni delle donne, la Risoluzione include: «vari interventi medici forzati e coercitivi durante il parto, tra cui abusi fisici e verbali, la suturazione delle lacerazioni da parto senza la somministrazione di antidolorifici e l'inosservanza delle loro decisioni e del loro consenso informato, che possono considerarsi violenze e trattamenti crudeli e disumani» (*Considerando*, lett. p).

v) Il rapporto tematico della Relatrice speciale ONU Tlaleng Mofokeng, «*Sexual and reproductive health rights: challenges and opportunities during the COVID-19 pandemic*»

⁹ https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134588/WHO_RHR_14.23_ita.pdf.

¹⁰ Risoluzione 2306 (2019) dell'Assemblea Parlamentare del Consiglio D'Europa, adottata il 3 ottobre 2019.

¹¹ Il Rapporto Relatrice Speciale del Consiglio dei diritti umani è consultabile all'indirizzo https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/Issues/Women/SR/A_74_137_ITALIAN.pdf.

(2021), che ricollega espressamente alla pandemia l'aumento delle manifestazioni di violenza di genere nelle *health facilities*¹².

La lettura dei documenti citati suggerisce l'opportunità di prendere in seria considerazione la violenza ostetrica e, soprattutto, di avviare un dialogo con i professionisti della salute sull'emersione ovvero sulle cause dell'aumentata percezione di questa particolare forma di devianza, anche al fine di placare le pulsioni punitive maturate in certi ambienti associazionistici e già raccolte da taluni rappresentanti del nostro Parlamento.

Il dibattito è peraltro propiziato dall'attenzione di cui gode, oggi, la tutela delle donne dalla violenza di genere¹³, nonché il tema dell'intangibilità delle scelte relative alla sfera sessuale e riproduttiva¹⁴, anche rispetto ai condizionamenti familiari e istituzionali¹⁵; questioni che, sul fronte medico-legale, si inseriscono nell'ambito delle riflessioni sulla valorizzazione della *medicina di genere* e del rispetto dell'autodeterminazione della paziente/partoriente, pur nei confronti con il professionista¹⁶.

3. La violenza ostetrica tra violenza di genere e violenza (e *malpractice*) sanitaria.

I primi studi sulla violenza ostetrica, di taglio quasi esclusivamente sociologico o antropologico, ambientano l'aggressività fisica e verbale degli operatori sanitari nei confronti delle partorienti nel contesto della *violenza di genere*¹⁷: «una violenza che le donne subiscono in quanto donne»¹⁸.

¹² Cfr., in particolare, n. 32: «*Mistreatment, violence and obstetric violence directed against women in reproductive health services have been documented by human rights mechanisms. Reports from Europe and Latin America indicate that the pandemic has only exacerbated this*».

¹³ Sul tema, PECORELLA (2019); BERTOLINO (2021). Una accurata ricostruzione della legislazione penale in materia di tutela delle donne è stata delineata anche da ROMANO (2021). Si vedano inoltre i contributi dell'Osservatorio sulla violenza contro le donne pubblicati su *Sistema penale*.

¹⁴ Diversi studi sociologici in tema di violenza di genere pongono l'accento sulla cultura del corpo della donna come accessibile, violabile, incompetente, da tenere sotto tutela. Sul tema, *ex multis*, DUDEN (1994); TRASFORINI (2008), pp. 49 ss.

¹⁵ *Infra*, nota n. 42.

¹⁶ Sul tema della medicina di genere, *ex multis*, RESCIGNO (2022).

¹⁷ Anche nell'ambito della Convenzione sull'eliminazione di tutte le forme di discriminazione contro le donne («*Convention on the Elimination of all forms of Discrimination Against Women*» - CEDAW), adottata nel 1979 dall'Assemblea generale delle Nazioni Unite, la Raccomandazione generale n. 35, che aggiorna la Raccomandazione n. 19, menziona la maternità e lo stato di salute tra i fattori che possono fondare le manifestazioni di violenza di genere. V., *supra*, nota n. 8. In letteratura criminologica, sul tema della violenza di genere, *ex multis*, BONURA (2016); FORTI (2015), pp. 25 ss.; MAGARAGGIA e CHERUBINI (2013); MATTUCCI (2016).

¹⁸ QUATTROCCHI (2019), p. 138. La definizione della "violenza di genere" si rinviene nella citata Convenzione di Istanbul (art. 3, lett. d: «qualsiasi violenza diretta contro una donna in quanto tale, o che colpisce le donne in modo sproporzionato»), accanto alla "violenza nei confronti delle donne" (art. 3, lett. a: «una violazione dei diritti umani e una forma di discriminazione contro donne, comprendente tutti gli atti di violenza fondati sul genere che provocano o sono suscettibili di provocare danni o sofferenze di natura fisica, sessuale,

Le indagini hanno evidenziato come, non di rado, ai “normali” deficit assistenziali “tipici” delle sale parto (per esempio: la mancata convocazione dell’anestesista o del ginecologo da parte del personale ostetrico, la violazione della riservatezza della partoriente, l’omissione di informazioni sulla salute del nascituro, ecc.) si aggiungono commenti irrisori, atteggiamenti misogini, insulti e altre manifestazioni di disprezzo, anche con riferimenti espliciti all’attività sessuale della partoriente e/o alla sua incapacità di gestire il parto e sopportare il dolore¹⁹. Da qui l’attenzione degli studiosi alla *vulnerabilità* della paziente-donna in relazione a tutte le prestazioni terapeutiche che involgono l’identità o l’espressione del genere femminile.

L’inquadramento nella violenza di genere, sicuramente corretto, rischia, tuttavia, di mettere in ombra talune specificità del fenomeno, utili alla definizione criminologica delle vicende.

Si considerino, anzi tutto, il contesto di perpetrazione delle offese e la qualifica professionale dei soggetti attivi: 1) la violenza ostetrica si manifesta in occasione dell’assistenza al parto o di altre prestazioni terapeutiche legate alla salute sessuale e riproduttiva erogate dalle strutture sanitarie (non a caso, le associazioni impegnate nella prevenzione degli abusi promuovono il parto in casa, che dovrebbe “sottrarre” la donna alle prevaricazioni del personale ospedaliero); 2) è commessa dagli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie: medici specializzati e specializzandi in ostetricia e ginecologia, anestesia e medicina d’urgenza, infermieri, puericultori, volontari nelle strutture di cura pubbliche e private, responsabili dei consultori per l’IVG, ecc.

Tali elementi hanno suggerito agli studiosi di prendere in considerazione anche l’area della c.d. violenza sanitaria. Una parte degli abusi originerebbe, cioè, dalla distorsione patologica del rapporto medico/paziente, dalla degenerazione – in senso marcatamente autoritario, financo “violento” – del (vecchio) paternalismo medico, tutt’altro che superato nell’ambito di certe specializzazioni²⁰. Nei reparti di ostetricia e

psicologica o economica, comprese le minacce di compiere tali atti, la coercizione o la privazione arbitraria della libertà, sia nella vita pubblica, che nella vita privata») e alla “violenza domestica”. Si veda, inoltre, la Direttiva 2012/29/UE, che detta norme minime in materia di diritti all’assistenza, informazione, interpretazione e traduzione nonché protezione nei confronti di tutte le vittime di reato, senza distinzione collegata al tipo di criminalità e alla qualità della vittima (cfr. *Considerando*, n. 17: «la violenza diretta contro una persona a causa del suo genere, della sua identità di genere o della sua espressione di genere o che colpisce in modo sproporzionato le persone di un particolare genere»). Sulla vulnerabilità delle vittime della violenza di genere alla luce della Direttiva 2012/29/UE, LAMANUZZI (2018). Detti atti sovranazionali hanno contribuito al riconoscimento espresso della nozione di “violenza di genere” presso la nostra giurisprudenza di legittimità. Per tutte: Cass. pen., Sez. un., sent. 29 gennaio 2016 - 16 marzo 2016, n. 10959, Pres. Canzio, Rel. Bianchi, resa al fine di chiarire se l’espressione «violenza alla persona» di cui al comma 3-*bis* dell’art. 408 c.p.p. dovesse intendersi come inclusiva delle sole condotte di violenza fisica o dovesse, invece, comprendere anche quelle di minaccia; e se, di conseguenza, il reato di atti persecutori di cui all’art. 612-*bis* c.p. fosse incluso tra quelli per i quali è necessario notificare alla persona offesa l’avviso della richiesta di archiviazione.

¹⁹ Sugli abusi verbali, con particolare riferimento ai commenti sull’attività sessuale della partoriente (in specie adolescente o non coniugata), alla sua capacità di gestire il travaglio e l’allattamento, al suo status socio-economico o le sue origini, si veda l’accurato lavoro di BOHREN *et al.* (2015).

²⁰ CIPOLLA (2022) descrive l’esautorazione, da parte della classe medica – in prevalenza maschile – del potere delle levatrici/mammane, al fine di sottrarre il governo del parto alle donne (ostetriche e partorienti).

ginecologia, la partoriente verrebbe trattata alla stregua di una paziente “incapace” di autodeterminarsi, emotivamente inaffidabile, immeritevole di informazione e coinvolgimento nelle scelte sul parto²¹; quest’ultimo, poi, insieme alla gravidanza, non rappresenterebbe più un processo naturale, ma una “patologia” bisognosa di sorveglianza, ospedalizzazione, controllo. In realtà, come è stato osservato, l’«eccesso di medicalizzazione che interessa tanto la gestazione quanto il parto convoca la riflessione non solo su una medicina che, nel tentativo di evitare sequele giudiziarie, sta sempre più avviandosi verso forme difensive, ma consente anche di mettere a fuoco il processo, già ampiamente noto agli studi sociologici, che vede la medicina aprirsi un varco tra i dispositivi di potere in grado di esercitare un controllo sui corpi degli individui»²². Si consideri, a tal proposito, che l’assistenza al parto si fonda, più di altre prestazioni, sull’alleanza (e la fiducia) medico/paziente, poiché è richiesta la collaborazione attiva della partoriente al “buon esito” del travaglio e della fase espulsiva. Da qui la riemersione di pratiche autoritarie, alle volte punitive/disciplinari, tramite le quali lo staff medico vorrebbe ripristinare la gerarchia violata²³ imponendosi alla partoriente²⁴.

A dimostrazione della trasversalità della casistica astrattamente sussumibile sotto la nozione di violenza ostetrica, si pensi alle violazioni/coartazioni del consenso della partoriente a sottoporsi a interventi chirurgici non necessari (*in primis*: TC) per ragioni del tutto estranee alla discriminazione contro le donne o all’odio di genere, ma legate a scopi di lucro (caso tipico: per l’ottenimento di rimborsi più alti dal SSN) o per la copertura delle disfunzioni della struttura sanitaria (assenza di personale specializzato, necessità di liberare velocemente le sale parto, carenza di farmaci anestetici, ecc.). Si tratta, a ben vedere, di vicende riconducibili, rispettivamente, alla criminalità economica

Sull’oggettivizzazione della donna, la negazione della sua autonomia/soggettività e la sua “violabilità”, NUSSBAUM (2014).

²¹ PÉREZ D’GREGORIO (2010), p. 202. Sull’atteggiamento paternalistico nei confronti delle donne maltrattate, in quanto “poco razionali”, CORN (2018), p. 602.

²² CANNONE (2019), p. 153. Si legga anche SADLER SPENCER (2016a), p. 48, che lo definisce un *modelo de nacimiento basado en la tecnología*: «una visión de la mujer como máquina defectuosa que debe ser constantemente controlada y monitoreada mediante el uso intensivo de tecnología para garantizar la calidad del producto-bebé». Il tema è al centro di importanti studi sui mutamenti sociali e culturali relativi alla gravidanza e al parto, che hanno portato alla medicalizzazione (e sorveglianza) della riproduzione, affidata alla responsabilità della donna. In argomento, DUDEN (1994); CIPOLLA (2022). Va detto, per la verità, che la “sorveglianza sanitaria” della gestazione (ecografie, monitoraggi, certificazioni di gravidanza a rischio) è alle volte richiesta/pretesa proprio dalle donne, che anzi lamentano l’esiguità dei controlli obbligatori erogati dal SSN. Sulla concezione della donna come strumento di soddisfazione di bisogni altrui, in specie “familiari” (accudimento di minori, anziani e disabili), NUSSBAUM (2002). La bibliografia filosofica sul tema è sterminata. Basti in questa sede il riferimento alla critica alla biopolitica e al biopotere di FOUCAULT (2013).

²³ PIRES LUCAS D’OLIVEIRA *et al.* (2002), p. 1683, consultabile all’indirizzo http://www.hu.usp.br/wp-content/uploads/sites/748/2020/07/SH_6.pdf; SADLER SPENCER (2016a), p. 47, che così descrive il *modelo de nacimiento tecnocrático*: «En la atención de nacimientos esto se traduce en un excesivo uso de tecnología y confianza en ella como fuente de conocimiento autorizado, en la primacía de intereses económicos, y en una organización jerárquica del cuidado donde el personal médico detenta la autoridad».

²⁴ Sulla “riduzione al silenzio” delle donne nella violenza di genere, da parte di autori privi di capacità espressiva, FORTI (2014), p. 334.

e alla *malpractice* organizzativa, che in concreto poco o nulla hanno in comune con il fenomeno che ci occupa²⁵.

Si considerino, ancora, agli abusi ostetrici e ginecologici commessi in contesti di *sistematica violazione dei diritti umani* nei confronti delle donne, magari appartenenti a minoranze etniche o religiose, detenute, disabili, ridotte in condizioni di schiavitù, perseguitate politiche, allorquando la prestazione sanitaria rappresenti *l'occasione* per la perpetrazione di torture e violenze fisiche in danno di una parte della popolazione (violenze sessuali, sterilizzazione forzata, mutilazioni genitali, procurato aborto). Simili episodi, ampiamente documentati, non formano l'oggetto della nostra ricerca, che è invece circoscritta agli atteggiamenti abusanti tenuti da professionisti della salute *in contesti leciti e liberi*; confermano, in ogni caso, l'incidenza del contesto sulle caratteristiche e le componenti del crimine: com'è stato osservato, reo, vittima e agenzie del controllo «risentono in modo decisivo del fatto di “appartenere” a una aggregazione sociale con specifiche caratteristiche e, correlativamente, di essere in rapporto con una ben precisa entità istituzionale, avente una propria struttura normativa e proprie modalità di azione»²⁶. La stessa qualificazione normativa del crimine dipende dall'ambiente sociale e istituzionale di emersione delle vicende, ovvero dal giudizio che la società di riferimento esprime sulle interazioni tra i soggetti coinvolti²⁷. Da qui la perimetrazione della nostra indagine alle violazioni dell'autodeterminazione della donna che goda del diritto al consenso informato al cospetto di persone e istituzioni deputate alla *cura* del suo benessere psicofisico.

La panoramica di cui sopra vale comunque a evidenziare la necessità di un approccio interdisciplinare al fenomeno della violenza ostetrica, che sappia individuarne i molteplici collegamenti con la discriminazione contro le donne e il maschilismo, ma anche con la perdurante diffusione dell'autoritarismo/paternalismo nelle strutture sanitarie, le carenze organizzative del SSN, la conflittualità “gerarchica” tra gli specialisti competenti, la medicina difensiva, l'abuso della medicalizzazione, il pregiudizio culturale circa l'incapacità decisionale della gestante, l'impreparazione del personale medico in ordine alla disciplina del consenso informato (l. n. 219/2017) e in tema di *medical humanities*²⁸.

²⁵ Si tratta, all'evidenza, di tutt'altro contesto di perpetrazione di comportamenti “violenti”. Il tema del dolo del medico rispetto a eventi lesivi cagionati nell'esercizio della sua attività è stato approfondito da ASTORINA MARINO (2015); ID. (2016).

²⁶ FORTI (2000), p. 290 (v. anche nota n. 417).

²⁷ FORTI (2000), pp. 291-292.

²⁸ Sull'opportunità di privilegiare l'approccio dialogico e narrativo in medicina, anche al fine di contrastare le pratiche difensivistiche e la conflittualità medico/paziente, v. MAZZUCATO e VISCONTI (2014). In relazione al tema più specifico che ci occupa, CIPOLLA (2022), p. 466: «Si può in questo senso annoverare la violenza ostetrica all'interno della nozione di violenza di genere, intesa come quella violenza agita solo e soltanto sul corpo delle donne da parte di un'istituzione maschile, in quanto espressione di un posizionamento gerarchico e gerarchizzante tra i generi. Pertanto, si intendono come cause di questa violenza non solo la mancanza di comunicazione medico-paziente all'interno degli ospedali ma anche l'assetto socioculturale di tipo patriarcale che, mediante un lungo percorso storico di appropriazione della conoscenza ed egemonia femminile nell'evento della nascita, subordina le donne, rendendole vulnerabili – intendendo con il termine vulnerabilità, la privazione della consapevolezza della propria autonomia e potere».

La preponderanza di uomini tra i professionisti della sanità²⁹, l'osservazione delle dinamiche tipiche della vittimizzazione femminile (con talune note distintive della violenza domestica³⁰, compreso l'aumento dei casi in corso di pandemia³¹), nonché la natura strutturale delle violazioni – che nei fatti riflettono la «asimmetria di potere e di status che contraddistingue il rapporto tra uomini e donne»³² – ha condotto infine gli studiosi a convenire sulla collocazione degli abusi ostetrici e ginecologici *nell'intersezione tra violenza di genere e violenza sanitaria/istituzionale*, dalla quale origina una particolare forma di devianza criminale, con caratteristiche sue proprie³³.

A valle dell'espunzione dei casi *ictu oculi* lontani dalla “categoria” di riferimento – inevitabilmente eterogenea –, la definizione delle vicende dipende, dunque, dalla condizione di subordinazione/esposizione della partoriente alle decisioni terapeutiche e amministrative/autorizzative del personale sanitario, laddove indifferenti al diritto all'autodeterminazione ed eventualmente ispirate a teorie di riduzione delle pazienti alla (sola) funzione generativa. In altri termini: una violenza che le donne subiscono in quanto donne-madri (attuali o potenziali), non più persone titolari di diritti ma “corpi-macchina” destinati alla procreazione, nella disponibilità degli esercenti.

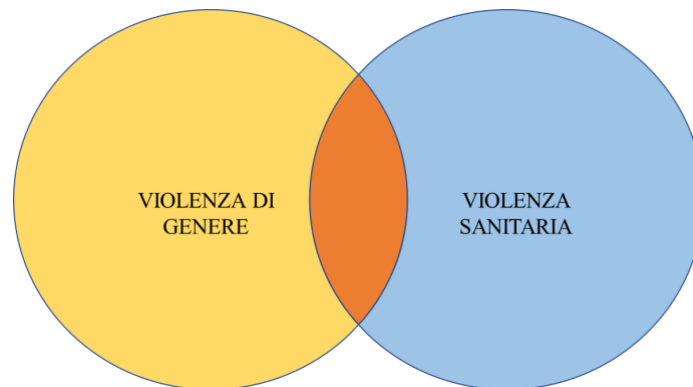
²⁹ Con l'eccezione significativa del personale ostetrico. Sul tema: *Ostetricia: quando gli uomini sono una minoranza*, sul sito www.sanitainformazione.it.

³⁰ PIRES LUCAS D'OLIVEIRA *et al.* (2002).

³¹ Cfr. nuovamente il Rapporto tematico della Relatrice speciale ONU Tlaleng Mofokeng, dal titolo «*Sexual and reproductive health rights: challenges and opportunities during the COVID-19 pandemic*» (2021), che riporta un aumento delle manifestazioni di violenza di genere nelle *health facilities* durante la pandemia.

³² Così PECORELLA (2019), p. 1181, con riferimento, in generale, alla violenza di genere: «Solo la posizione socialmente subordinata di queste ultime [le donne] è del resto in grado di spiegare la particolare diffusione e frequenza della violenza di cui sono destinatarie - e che le colpisce “in modo sproporzionato” - così come le ragioni che si oppongono al suo superamento, essendo tale violenza funzionale alla sopravvivenza stessa della posizione di potere acquisita».

³³ GALIMBERTI (2015), p. 5, reperibile sul sito della *Federación Argentina de Sociedades de Ginecología y Obstetricia* (http://www.fasgo.org.ar/images/Violencia_obstetrica.pdf). Vedi anche SADLER SPENCER *et al.* (2016b), p. 50: «*It is of the utmost importance to analyse obstetric violence separately from other forms of medical violence, acknowledging the differences between the mistreatment of women in childbirth and the overall mistreatment of patients. Obstetric violence has particular features demanding a distinct analysis: it is a feminist issue, a case of gender violence; labouring women are generally healthy and not pathological; and labour and birth can be framed as sexual events, with obstetric violence being frequently experienced and interpreted as rape*». Ancora, CANNONE (2019), p. 154. Secondo QUATTROCCHI (2019), pp. 138-139, «la violenza ostetrica è anche violazione dei diritti umani alla salute e alla salute riproduttiva, nonché violenza strutturale, istituzionale e lavorativa [...] che non riguarda soltanto le donne, ma anche i professionisti della salute che spesso riconoscono i dispositivi violenti insiti nella loro pratica, ma non riescono a disinnescarli a causa di meccanismi gerarchici e di potere che rendono il parto sempre più un “evento meccanico routinario”». Si legga inoltre: GALLARDO DUARTE (2022), pp. 17 ss.



4. Le definizioni legali della violenza ostetrica.

Il primo Paese a definire legalmente la violenza ostetrica è stato il Venezuela. La *Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia* prevede, tra le «Formas de violencia» (art. 15), la seguente descrizione (n. 13)³⁴:

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 decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad, impactando negativamente en la calidad de vida de las mujeres.

Alla «Violencia obstétrica», nel *Capítulo VI: De los delitos*, è dedicata una fattispecie incriminatrice *ad hoc*:

Art. 51. Violencia obstétrica.

Se considerarán actos constitutivos de violencia obstétrica los ejecutados por el personal de salud, consistentes en:

- 1. No atender oportuna y eficazmente las emergencias obstétricas.*
- 2. Obligar a la mujer a parir en posición supina y con las piernas levantadas, existiendo los medios necesarios para la realización del parto vertical.*
- 3. Obstaculizar el apego precoz del niño o niña con su madre, sin causa médica justificada, negándole la posibilidad de cargarlo o cargarla y amamantarlo o amamantarla inmediatamente al nacer.*
- 4. Alterar el proceso natural del parto de bajo riesgo, mediante el uso de técnicas de aceleración, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer.*

³⁴ *Ley Orgánica n. 38.668, approvata il 23 aprile 2007. Art. 1. Objeto: «La presente Ley tiene por objeto garantizar y promover el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia, creando condiciones para prevenir, atender, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en cualquiera de sus manifestaciones y ámbitos, impulsando cambios en los patrones socioculturales que sostienen la desigualdad de género y las relaciones de poder sobre las mujeres, para favorecer la construcción de una sociedad justa democrática, participativa, paritaria y protagónica».*

5. *Practicar el parto por vía de cesárea, existiendo condiciones para el parto natural, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer.*

En tales supuestos, el tribunal impondrá al responsable o la responsable, una multa de doscientas cincuenta (250 U.T.) a quinientas unidades tributarias (500 U.T.), debiendo remitir copia certificada de la sentencia condenatoria definitivamente firme al respectivo colegio profesional o institución gremial, a los fines del procedimiento disciplinario que corresponda.

La definizione adottata dalla legge venezuelana è entrata ufficialmente nel dibattito medico-scientifico con la pubblicazione, nel 2010, di un articolo sull'*International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, dal titolo: «*Obstetric violence: A new legal term introduced in Venezuela*»³⁵.

Nei primi anni duemila, per la verità, anche altri Paesi latinoamericani si sono adoperati per l'introduzione di strumenti di contrasto degli abusi medici ai danni delle partorienti. In Argentina, la *Ley Orgánica* n. 25.929 del 2004 sul «*Parto Humanizado*» promuove l'autodeterminazione terapeutica delle donne durante il parto e, in generale, mira a rafforzare i diritti dei genitori e del neonato nei confronti della struttura ospedaliera (accesso del padre o di altra persona di fiducia della donna, divieto di allontanamento del neonato dalla madre per favorire l'avvio dell'allattamento, pratica del *rooming-in*, ecc.). La tutela offerta dalla legge sul «*Parto Humanizado*», priva di riferimenti espressi alla violenza ostetrica, è stata integrata a opera della *Ley* n. 26.485 del 2009, in tema «*de Protección Integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales*». In particolare, l'art. 6, lett. e) riconduce la *violencia obstétrica* alle *modalidades* della violenza di genere, di tipo fisico, psicologico e simbolico; e così la definisce: «*aquella que ejerce el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización i patologización de los procesos naturales, de conformidad con la Ley 25.929*».

In termini analoghi si esprimono: la legge federale messicana «*de Acceso de las Mujeres a una Vida libre de Violencia*», varata nel 2007 e riformata nel 2022, che pone l'accento sulla prevaricazione patriarcale nel contesto delle istituzioni sanitarie³⁶; e la «*Ley de Violencia basada en Género y hacia las Mujeres*» approvata dall'Uruguay nel 2017, che classifica la violenza ostetrica tra le 18 possibili forme di manifestazione della violenza di genere, definendola: «*Toda acción, omisión y patrón de conducta del personal de la salud en los procesos reproductivos de una mujer, que afecte su autonomía para decidir libremente sobre su cuerpo o abuso de técnicas y procedimientos invasivos*» (lett. h) dell'art. 6)

Indipendentemente dalla previsione, nelle leggi citate, di specifiche fattispecie incriminatrici della violenza ostetrica³⁷, la diffusione di documenti di proclamazione dell'inviolabilità dei diritti delle donne che accedono ai servizi di salute sessuale e

³⁵ PÉREZ D'GREGORIO (2010), pp. 201-202.

³⁶ ALMAGUER GONZÁLEZ *et al.* (2010), pp. 4 ss.

³⁷ La legge argentina n. 26.485 del 2009 prevede, per esempio, all'art. 41: «*En ningún caso las conductas, actos u omisiones previstas en la presente ley importarán la creación de nuevos tipos penales, ni la modificación o derogación de los vigentes*».

riproduttiva ha consentito l'ampliamento, anche per specificazione, del novero delle condotte abusanti (ormai molto più fitto dell'elenco primigenio di cui all'art. 51 della legge venezuelana). Si è determinato, in sostanza, un arricchimento fattuale della nozione generale che, pur nella sua astrattezza – e, dunque, inadeguatezza a descrivere un'autentica incriminazione – si è giovato dell'osservazione empirica del fenomeno, dei resoconti delle persone coinvolte (*in primis* i professionisti della sanità), dell'apertura del dibattito politico alle associazioni e, in generale, alla società civile, utile anche al fine di comprendere i mutamenti sociali nella considerazione della gravidanza e del parto.

Le condotte sono invero molto varie. Senza pretesa di esaustività, proveremo a ripartirle nelle seguenti categorie.

1) *Violenze verbali*: derisioni, commenti sarcastici, rimproveri, umiliazioni, imprecazioni, urla, insulti, intimidazioni, minacce, offese.

2) *Violenze fisiche*: incisioni chirurgiche non necessarie (episiotomia, TC), manovra di Kristeller, scollamento e rottura delle membrane, pressioni e spinte sull'addome della partoriente, percosse, lesioni. Rientrano nella presente categoria anche le condotte omissive che cagionino dolori e/o lesioni alla donna, come la mancata somministrazione di anestetici e antidolorifici, il mancato ricorso all'episiotomia che determini lacerazioni, il rifiuto di procedere al TC su richiesta della partoriente, i ritardi dell'assistenza o dell'intervento del personale medico specializzato (anestesisti e ginecologi)³⁸.

3) *Violazioni del consenso/abusi di autorità*: induzione farmacologica del travaglio in assenza di un'informazione completa sul successivo decorso del parto, costrizione ad assumere una determinata posizione durante la fase espulsiva, costrizione a sopportare il tracciamento continuo dei parametri vitali del feto, limitazioni alla libertà di movimento della partoriente e/o alla possibilità di bere e mangiare durante il travaglio, allontanamento del neonato alla nascita che ostacoli l'avvio dell'allattamento al seno, violazioni della *privacy*, limitazioni all'ingresso e all'assistenza da parte del padre del nascituro o di altra persona di fiducia della donna³⁹.

Dall'elenco degli abusi si evince la commistione di condotte penalmente rilevanti e non, comunque offensive dell'autodeterminazione della donna e del diritto al consenso/rifiuto delle prestazioni sanitarie; con particolare riferimento alle pratiche di velocizzazione del parto e agli interventi chirurgici praticati in assenza di specifiche indicazioni mediche (c.d. *non-evidence-based intervention*)⁴⁰. Al netto, dunque, della compromissione dell'integrità fisica della partoriente/paziente o, più in generale, della

³⁸ Sul punto, AMNESTY INTERNATIONAL ha prodotto un video che mostra, dalla prospettiva della partoriente, l'abbandono e la mancata richiesta del consenso rispetto a visite, somministrazioni di farmaci, frasi irrispettose. Il video, disponibile su YouTube al link: <https://youtu.be/glwP60-g77A>, è stato mostrato al personale medico impegnato nei reparti di ostetricia e ginecologia per verificare se ginecologi, ostetriche e infermieri fossero consapevoli del termine, dei comportamenti e se il video li aveva esortati a ripensare al proprio comportamento. Sul tema, GRAY *et al.* (2019) (disponibile al link: <https://doi.org/10.1016/j.eurox.2019.100007>).

³⁹ Limitazioni ulteriormente rafforzate durante la pandemia da Covid-19.

⁴⁰ In questo senso: SADLER SPENCER *et al.* (2016b), pp. 47-55.

sua salute⁴¹, il problema della violenza ostetrica riguarda, anzi tutto, il rapporto tra l'autonomia decisionale della donna e la libertà professionale del personale sanitario⁴².

⁴¹ Da intendersi quale benessere psico-fisico, mentale e sociale, secondo la definizione della Costituzione dell'OMS.

⁴² Sia consentita, a questo punto, una (apparente) digressione in tema violenza ostetrica e diritto all'aborto. Durante la stesura del presente lavoro, è riemerso prepotentemente nel dibattito pubblico il tema dell'interruzione volontaria di gravidanza. La Corte Suprema degli Stati Uniti d'America, nel caso *Dobbs vs Jackson Womens' Health Organization*, ha negato l'esistenza di un "diritto all'aborto" a livello federale, così ribaltando la storica decisione del 1973 nel caso *Roe vs Wade*, che garantiva l'accesso delle donne agli interventi interruttivi su tutto il territorio nazionale. La decisione, nello specifico, riguardava la legittimità della legge del Mississippi, che vietava l'interruzione dopo la quindicesima settimana di gestazione. D'ora in avanti, dunque, ogni Stato potrà liberamente legiferare in materia di aborto, limitandone o vietandone la pratica. In Spagna, al contrario, solo pochi mesi fa è stata varata una riforma della legge sul diritto all'aborto, nel senso di assicurarne l'effettività (il diritto all'interruzione di gravidanza è ambientato tra i diritti relativi alla salute sessuale e riproduttiva, quale specificazione del diritto della persona alla salute fisica e mentale), ampliarne l'accesso (anche alle minorenni, senza il consenso dei genitori) e ridurre i tempi di riflessione sulla decisione e di attesa per l'accesso all'intervento. Una "decisione" attesa – come quella della Corte Suprema americana – e alquanto discussa; preceduta, peraltro, da un animato dibattito politico riguardante anche la recente penalizzazione delle condotte dissuasive, ossia il picchettaggio, da parte delle associazioni "pro-life", delle cliniche dove si praticano le interruzioni di gravidanza (cfr. *Ley Orgánica* n. 4/2022, del 12 aprile, «para penalizar el acoso a las mujeres que acuden a clínicas para la interrupción voluntaria del embarazo»). Si introduce nel *Código Penal*, in particolare, il nuovo art. 172-quater: «1. El que para obstaculizar el ejercicio del derecho a la interrupción voluntaria del embarazo acosare a una mujer mediante actos molestos, ofensivos, intimidatorios o coactivos que menoscaben su libertad, será castigado con la pena de prisión de tres meses a un año o de trabajos en beneficio de la comunidad de treinta y uno a ochenta días. – 2. Las mismas penas se impondrán a quien, en la forma descrita en el apartado anterior, acosare a los trabajadores del ámbito sanitario en su ejercicio profesional o función pública y al personal facultativo o directivo de los centros habilitados para interrumpir el embarazo con el objetivo de obstaculizar el ejercicio de su profesión o cargo. – 3. Atendidas la gravedad, las circunstancias personales del autor y las concurrentes en la realización del hecho, el tribunal podrá imponer, además, la prohibición de acudir a determinados lugares por tiempo de seis meses a tres años. – 4. Las penas previstas en este artículo se impondrán sin perjuicio de las que pudieran corresponder a los delitos en que se hubieran concretado los actos de acoso. – 5. En la persecución de los hechos descritos en este artículo no será necesaria la denuncia de la persona agraviada ni de su representación legal»). Non è questa la sede per esaminare nel dettaglio le ragioni sottese alla decisione U.S.A. o l'articolato della riforma spagnola. Non si può, tuttavia, ignorare lo stretto collegamento col fenomeno che ci occupa. Anzi tutto, l'interruzione di gravidanza è una prestazione sanitaria in occasione della quale le donne subiscono, non di rado, atteggiamenti abusanti, prevalentemente orientati alla loro colpevolizzazione per il mancato ricorso alla contraccezione (o la gestione disattenta della stessa), per la decisione di non proseguire – per i motivi più vari – la gestazione, financo per l'incapacità di portare a termine una gravidanza "sana" (sul tema: BOIANO (2019), pp. 131 ss.). Breve: è un luogo di perpetrazione della violenza ostetrica, o almeno di trascuratezza delle cure (alle volte peraltro "inaccessibili"). I Paesi latinoamericani non hanno normato o almeno menzionato in modo esplicito le prestazioni interruttive, in quanto hanno deciso di orientare prevalentemente le leggi sulla violenza ostetrica alla tutela della maternità dall'"ingerenza" sanitaria, a favore del parto naturale, anche in casa, dell'allattamento al seno, ecc. La Spagna, da parte sua, ha rinunciato alla regolazione della violenza ostetrica, che pure era in discussione nell'ambito della riforma dell'aborto: pur mettendo al centro della nuova legge il tema della formazione del personale specializzato, non ha inteso puntare sull'orientamento culturale della classe medica al rispetto delle donne che scelgono o sono costrette a porre fine anticipatamente all'esperienza della maternità. Nell'attuale periodo storico si nota, in generale, l'exasperazione del conflitto tra due visioni della donna. Da un lato, persona libera di autodeterminarsi in totale "libertà"; anche all'estremo: si pretende che adotti le sue scelte senza l'ausilio (*rectius*: l'informazione) del personale medico (questo vale sia per l'interruzione di gravidanza sia per la redazione del c.d. piano del parto – di cui a breve si dirà –, un documento al quale si

5. La violenza ostetrica in Italia: un problema sovrastimato?

Come si è detto, l'attenzione al fenomeno, almeno in sede internazionale, è stata favorita dal contributo conoscitivo delle categorie professionali più esposte al "rischio" di inverare atteggiamenti ostili/violenti/minacciosi nei confronti delle partorienti (ostetrici, ginecologi, anestesisti). Quando, invece, le segnalazioni hanno riguardato le condotte degli esercenti del nostro SSN, il problema è stato fortemente ridimensionato.

Ci riferiamo, nello specifico, all'indagine promossa dall'Osservatorio sulla Violenza Ostetrica OVO-Italia insieme ad altre associazioni, dal titolo: «*La donna e il Parto*». La ricerca è stata condotta da Doxa tramite il meccanismo delle interviste, e ha coinvolto circa 400 donne con almeno un figlio di età compresa tra 0 e 14 anni. Dai risultati, così come presentati sul sito istituzionale di OVO-Italia, emergerebbe un quadro inquietante: il 41% delle intervistate avrebbe dichiarato di aver ricevuto un'assistenza al parto lesiva della dignità e integrità psicofisica; il 21% avrebbe dichiarato di aver subito maltrattamenti fisici o verbali durante il parto, nonché altri trattamenti inappropriati od offensivi della dignità⁴³.

La gravità dei comportamenti denunciati ha imposto l'intervento chiarificatore delle associazioni di categoria. In particolare, SIGO (Società Italiana di Ginecologia e Ostetricia), AOGOI (Associazione Ospedalieri Ginecologi Ostetrici Italiani), AGUI (Associazione Ginecologi Universitari Italiani), FNOPO (Federazione Nazionale degli Ordini della Professione di Ostetrica), sulle pagine dell'*European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, hanno contestato le modalità dell'indagine (anche sul piano della rappresentatività del campione, invero esiguo, e delle potenziali distorsioni derivanti dalla formulazione di domande "suggestive"), il ricorso al termine "violenza"⁴⁴, nonché – ed è l'aspetto forse più rilevante ai nostri fini – l'equivoco di fondo

pretende che ostetrici e ginecologi si attengano *de plano*, senza instaurare alcun confronto dialogico con la partorientente). Dall'altro lato, persona gravata da doveri verso la vita che porta in grembo, paziente incapace di assumere decisioni conformi al miglior interesse di cura suo e del nascituro (sul tema, di nuovo, DUDEN (1994), p. 61, che mette in risalto il mutamento della concezione della maternità, quale «esecuzione responsabile di una riproduzione qualificata, della cura del bambino, del ruolo di madre, dell'educazione della prole»).

⁴³ Tra le condotte più frequentemente denunciate: mancata somministrazione della terapia del dolore (13%); divieto di ricevere il sostegno di una persona di fiducia durante il travaglio (12%); mancata assistenza per l'avvio dell'allattamento (27%); violazioni della riservatezza in diverse fasi della permanenza nell'ospedale (19%); grave trascuratezza dell'assistenza, con insorgenza di complicazioni ed esposizione a pericolo di vita (4%). A causa dei traumi patiti durante il travaglio e il parto, l'11% delle madri avrebbe dichiarato di aver preferito rimandare di molti anni la scelta di sperimentare un'ulteriore gravidanza, con conseguenze significative sulla natalità a livello nazionale. Secondo il 6% del totale delle donne intervistate il trauma è stato così forte da decidere di non avere più altri figli.

⁴⁴ «*The objective of the survey already emerges from the name identified to describe the phenomenon that combines the attribute "obstetric" to the word "violence", determining a serious effect of social alarm as well as damaging the image of the NHS and the reputation of the professionals working in this medical area*». Il testo integrale del comunicato è disponibile all'indirizzo: <https://www.ejog.org/action/showPdf?pii=S0301-2115%2818%2930291-4>. AOGOI ha inoltre chiesto chiarimenti sulle fonti dell'indagine e la metodologia adottata, tramite una lettera/diffida consultabile all'indirizzo <https://www.aogoi.it/media/4408/diffida-doxa-26-10-2017-rivev.pdf>.

della ricerca, ossia considerare sempre e comunque decisiva e inviolabile la volontà della partoriente, anche quando in contrasto con i dettami della scienza e pericolosa per la salute sua e del nascituro.

A dispetto dei tentativi di minimizzazione delle vicende, la mobilitazione delle “vittime” ha posto all’attenzione delle Istituzioni il dato, evidentemente anomalo, riguardante il numero dei parti per via chirurgica. In effetti, il Ministro della Salute Renato Balduzzi, su iniziativa dell’Agenas (Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali), aveva avviato, già nel 2013, una inchiesta sulla validità delle informazioni contenute nelle schede di dimissione ospedaliera (SDO) con procedura di parto cesareo con diagnosi di «posizione e presentazione anomala del feto»; condizione associata al parto tramite TC, fortemente rappresentata nelle strutture sanitarie di alcune Regioni, con una frequenza percentuale di molto superiore alla media nazionale, secondo valori incompatibili con la normale distribuzione nella popolazione⁴⁵. Da qui il sospetto di una manomissione opportunistica della diagnosi, slegata dal dato clinico e preordinata alla truffa ai danni del SSN⁴⁶.

Il ricorso eccessivo/abusivo al parto chirurgico esula dall’oggetto della nostra ricerca, che riguarda, invece, una particolare forma di violenza di genere nel contesto sanitario, che si manifesta nell’aggressività fisica e verbale del personale medico, ostetrico, infermieristico e socio-sanitario nei confronti delle partorienti. A rigore, neanche il problema della *soddisfazione* delle pazienti dovrebbe riguardare il penalista. Si considerino, peraltro, le anomalie della rilevazione e il rischio di sovra-rappresentazione della criminalità, tipico delle indagini di vittimizzazione⁴⁷. Nella ricerca Doxa sono stati analizzati i diversi momenti “vissuti” dalle madri durante le fasi del travaglio e del parto, relativi non solo ai trattamenti, ma anche al rapporto con gli operatori sanitari e alla comunicazione usata dallo staff medico, aspetti fortemente influenzati dalla *percezione*.

⁴⁵ Sul ricorso eccessivo al parto cesareo si veda anche ISTAT, *La salute riproduttiva della donna*, 2017, consultabile all’indirizzo <https://www4.istat.it/it/archivio/209905>.

⁴⁶ Dal controllo a campione delle cartelle cliniche è emerso che nel 43% dei casi non vi era una corrispondenza con le informazioni riportate nelle relative SDO, con corrispondente esposizione della partoriente e del nascituro/neonato ai maggiori rischi legati al parto con TC. Tra questi: rischio triplo di decesso a causa di complicanze anestesologiche; un rischio di lesioni vescicali e/o ureterali fino a 37 volte maggiore; probabilità di essere sottoposte a laparotomia esplorativa *post-partum* circa 18 volte maggiore; probabilità di rottura dell’utero in una successiva gravidanza 42 volte superiore rispetto a dopo un parto vaginale. «È evidente – si legge nella nota trasmessa dal Ministero della Salute - quindi, che il taglio cesareo è un intervento chirurgico non privo di rischi e deve essere eseguito solo se si verificano le condizioni mediche che lo rendono necessario. Se non vi sono controindicazioni, il parto naturale è da preferire al taglio cesareo, per la tutela della salute della partoriente e del bambino». Ma non solo. Anche sul piano dei costi, il parto naturale ha un impatto inferiore sulla tariffa da corrispondere alle strutture accreditate. Lo spreco è stato stimato in circa 80-85 mln di euro. Da qui, sul piano giudiziario, la trasmissione delle cartelle cliniche esaminate alle Procure competenti, «perché si potrebbero ipotizzare reati che vanno dalle lesioni personali gravi alla truffa a carico del Servizio sanitario nazionale, al falso in atto pubblico» (dichiarazione del Comandante Generale Carabinieri NAS Piccinno in occasione della conferenza stampa indetta a conclusione dell’indagine).

⁴⁷ Sul punto, FORTI (2000), p. 399.

Dalla ricerca è emerso, per esempio, che la principale esperienza negativa vissuta durante il parto è stata l'episiotomia, praticata sul 54% delle donne intervistate (e di queste, il 61% sostiene di non aver prestato il consenso). L'episiotomia è, a tutti gli effetti, un intervento chirurgico utile ad allargare il canale del parto nella fase espulsiva, una pratica che l'OMS ha definito «dannosa, tranne in rari casi»; di contro, previene le lacerazioni traumatiche del perineo nel corso del parto, e accelera la nascita in caso di sofferenza fetale. Il discorso sui benefici e gli inconvenienti di ogni pratica legata al parto esorbita dalle competenze di chi scrive. L'esempio dell'episiotomia – ma lo stesso potrebbe dirsi per il TC – vale in ogni caso a dimostrare l'influenza delle componenti soggettive sul giudizio circa la preferibilità, *ex post*, di un intervento (incisione chirurgica *vs* lacerazione “naturale”), da parte di pazienti prive delle conoscenze necessarie a valutare l'appropriatezza dell'atto medico nella situazione data, che pure le riguardava⁴⁸.

6. Gli ipotizzabili strumenti di tutela nell'ordinamento italiano.

Appurato che intorno a *talune* condotte descritte dalle donne intervistate si addensa il *fumus* della possibile rilevanza penale, in quanto lesive di beni giuridici di rango primario (vita, integrità psico-fisica, dignità), l'indagine sul reale bisogno, anche nel nostro ordinamento, di una incriminazione *ad hoc* passa dalla preliminare verifica circa l'applicabilità delle disposizioni esistenti.

Sul piano della *tipicità*, la riconducibilità degli atti arbitrari del personale ostetrico alle fattispecie dolose di lesioni personali e violenza privata incontrerebbe i noti ostacoli individuati dalle Sezioni Unite *Giulini* per gli interventi chirurgici eseguiti senza il consenso del paziente, pure nel rispetto delle *leges artis* e con esito fausto⁴⁹. Al contrario, in caso di esito infausto per la donna e/o per il bambino, l'accertamento della colpa professionale – secondo quanto prescritto dall'art. 590-*sexies* c.p., come interpretato dalle Sezioni unite *Mariotti*⁵⁰ – potrebbe condurre alla contestazione dei delitti colposi di

⁴⁸ Per fare solo un esempio: anche il parto naturale comporta una serie di inconvenienti (per esempio, l'incontinenza), per cui, col “senno del poi”, la donna avrebbe preferito il ricorso al parto chirurgico. Il problema dell'incertezza definitoria della “violenza ostetrica” e delle difficoltà di rilevazione delle vicende è discusso con serietà in seno agli organismi internazionali. Nella dichiarazione dell'OMS del 2014 («La prevenzione e l'eliminazione dell'abuso e della mancanza di rispetto durante il parto presso le strutture ospedaliere»), si legge: «Nonostante le evidenze esistenti suggeriscano che le esperienze delle donne vittime di mancanza di rispetto e abuso durante il parto siano largamente diffuse, al momento non vi è unanimità a livello internazionale su come definire queste pratiche e su come misurarle scientificamente. Di conseguenza, la loro diffusione e il loro impatto sulla salute delle donne, sul loro benessere e sulle loro scelte rimangono sconosciuti».

⁴⁹ Cass. pen., Sez. un., 18 dicembre 2008 - 21 gennaio 2009, n. 2437, *Giulini*, in *Dir. pen. proc.*, 2009, pp. 447 ss., con nota di PELISSERO (2009); e su *Cass. pen.*, 2009, p. 1851, con nota di VIGANÒ (2009). Sul tema dell'atto medico arbitrario, *ex multis*: EUSEBI (1995); GIUNTA (2001); CANZIO (2001); MANNA (2004); IADECOLA (2010).

⁵⁰ Cass. pen., Sez. un., 21 dicembre 2017 - 22 febbraio 2018, n. 8770, *Mariotti*. In tema: CAPUTO (2018); CUPELLI (2018a).

omicidio e lesioni personali, che assorbono le questioni inerenti alla mancanza di un valido consenso⁵¹.

La soluzione, apparentemente piana, sconta, tuttavia, le seguenti considerazioni.

In relazione al delitto di violenza privata, le Sezioni unite del 2008 hanno negato la rilevanza penale degli atti medici arbitrari (senza o *oltre* il consenso del paziente) per l'assenza degli elementi costitutivi dell'art. 610 c.p.: manca, nei casi considerati dalla Cassazione, un atto di autentica "violenza" o "minaccia"; manca, in ogni caso, la condotta consequenziale che il paziente/soggetto passivo è costretto a «fare, tollerare od omettere» (a meno che non si ammetta che quest'ultima *coincida* con l'atto posto in essere dal sanitario, per esempio il taglio chirurgico dei tessuti, secondo una interpretazione che la Corte ha considerato incompatibile con il testo di legge)⁵².

Su questo punto, rileggendo le motivazioni del Supremo Collegio, v'è da notare, anzi tutto, che rispetto agli interventi chirurgici "classici", di norma preceduti dall'informazione medica ai fini del consenso (nella nostra casistica: il parto programmato tramite TC), e praticati nei confronti di pazienti in stato di sedazione, alcuni episodi di violenza ostetrica si caratterizzano per l'uso della forza fisica degli esercenti sanitari sul corpo della partoriente, magari per costringerla/aiutarla ad assumere e mantenere una certa posizione, oppure per spronarla a collaborare (schiaffi, bloccaggi, ecc.). Nello stesso senso, stando ai resoconti delle denunciati, verrebbero formulate più o meno velate minacce relative alla salute del nascituro per convincere le partorienti a rispettare i comandi dell'*équipe* o a tollerare manovre e trattamenti. In tali circostanze, riemergerebbe la possibilità di distinguere, nel contesto di una prestazione terapeutica, tra la violenza-mezzo e la «cosa» (la condotta) che la paziente è costretta a «fare, tollerare od omettere», come richiesto dall'art. 610 c.p.

Per quel che concerne la rilevanza del delitto di lesioni personali dolose, parimenti esclusa dal Supremo Collegio per l'impossibilità di riscontrare la causazione volontaria di un evento lesivo (posto che l'attività sanitaria è preordinata al *miglioramento* delle condizioni di salute del paziente, anche sul piano dell'elemento soggettivo richiesto dalla fattispecie)⁵³, non si può negare che in una più moderna nozione di «malattia» (art. 582 c.p.) andrebbero ricomprese le *alterazioni funzionali dell'organismo* relative alla capacità riproduttiva della donna derivanti dai tagli chirurgici (indesiderati), potenzialmente invalidanti⁵⁴, nonché gli effetti psico-patologici («malattia nella mente») causati dal trauma di un parto violento, di nuovo: rispetto alla sfera

⁵¹ PELISSERO (2009), p. 455.

⁵² Di nuovo: PELISSERO (2009).

⁵³ Come si ricorderà, le Sezioni unite *Giulini* sconfessano definitivamente l'orientamento inaugurato dalla sentenza Cass. pen., Sez. V, n. 5639 del 1992, *Massimo*, con cui la Cassazione confermava la condanna di un medico chirurgo per l'omicidio preterintenzionale (art. 584 c.p.) di un'anziana paziente, per aver proceduto a un intervento chirurgico diverso e più invasivo di quello concordato con la donna (appunto: *oltre* il consenso), poi deceduta. La decisione rappresenta una tappa fondamentale per l'affermazione del dovere del medico di acquisire il consenso informato del paziente prima di intraprendere qualsiasi trattamento.

⁵⁴ Alle donne che subiscono il TC è sconsigliata una nuova gravidanza per un certo periodo di tempo, nonché la possibilità, nel futuro, di procedere al parto naturale. Le cicatrici dovute all'episiotomia, invece, rischiano di ostacolare la vita sessuale della donna.

sessuale e riproduttiva della donna⁵⁵. Non si discute, dunque, delle *alterazioni anatomiche temporanee* che la partoriente è destinata a sopportare, né della (sola) sofferenza emotiva⁵⁶, ma dell'aggressione e appropriazione del corpo della donna, della sopraffazione fisica e mentale degli operatori sanitari che, per i motivi più vari (concitazione/fretta clinica, impreparazione culturale al dialogo, discriminazione fondata sul genere, abuso della posizione, ecc.) cedano ad atti di prevaricazione, in violazione dell'autodeterminazione in materia di salute femminile.

Per quanto concerne, invece, la responsabilità colposa per morte o lesioni in ambito sanitario, occorre confrontarsi con l'art. 590-*sexies* c.p., introdotto dalla l. n. 24/2017 (c.d. l. Gelli-Bianco)⁵⁷: «Qualora l'evento si sia verificato a causa di imperizia, la punibilità è esclusa quando sono rispettate le raccomandazioni previste dalle linee guida come definite e pubblicate ai sensi di legge ovvero, in mancanza di queste, le buone pratiche clinico-assistenziali, sempre che le raccomandazioni previste dalle predette linee guida risultino adeguate alle specificità del caso concreto».

La "causa di non punibilità" per i fatti di cui agli artt. 589 e 590 c.p. opera, dunque, al ricorrere delle seguenti condizioni: *a*) qualora l'evento (morte o lesioni del paziente) sia intervenuto nell'esercizio della professione sanitaria; *b*) l'operatore abbia rispettato le raccomandazioni previste nelle linee-guida pubblicate sul sito dell'Istituto Superiore di Sanità (snlg.iss.it) ovvero, in mancanza di queste, le buone pratiche clinico-assistenziali; *c*) le raccomandazioni risultino adeguate alle specificità del caso concreto; *d*) (e ciò nonostante) l'evento si sia verificato a causa di imperizia.

Le Sezioni unite della Corte di cassazione, nella citata sentenza *Mariotti*, hanno limitato l'operatività della clausola, precisando che: 1) l'art. 590-*sexies* c.p. non concerne l'errore connotato da colpa, anche lieve, derivante da negligenza e imprudenza; 2) lo «speciale abbuono» di cui all'art. 590-*sexies* c.p. non riguarda i casi rispetto ai quali manchino *guidelines* e buone pratiche, né i casi di colpa per imperizia, anche lieve, nella

⁵⁵ Si nota, cioè, la mancata considerazione della salute in senso personalistico: la percezione che la donna ha in ordine al proprio benessere psico-fisico, ai dolori e alle sofferenze (anche successive, legate al decorso della guarigione) che il parto chirurgico o naturale può comportare, anche in termini psicologici sulla decisione su future gravidanze. Da qui, in effetti, l'impossibilità di tacere come del tutto pretestuose talune recriminazioni delle associazioni femminili.

⁵⁶ La cui importanza non va sottovalutata, anche in materia penale. Sul tema, CAPUTO (2011), pp. 1373 ss. Sulla tutela penale della sofferenza emozionale, NISCO (2012). Più recentemente, sull'opportunità che il diritto penale tenga maggiormente conto delle alterazioni emotive del soggetto attivo, DOVA (2019), pp. 31 ss.

⁵⁷ Sull'inquadramento dogmatico della clausola, invero discutibile, D'ALESSANDRO (2017), p. 576: «Non è chiaro l'inquadramento dogmatico di tale esenzione da pena: pur incidendo sulla colpa, essa non sembra presentare i tratti caratteristici di una scusante e pare perciò da ricondurre più propriamente a una limitazione del tipo dell'illecito colposo, che viene amputato di uno dei profili di rimproverabilità soggettiva che potrebbero descriverlo (*i.e.*: l'imperizia); meno convincente, ma pur sempre plausibile, sembra invece la qualificazione come causa di non punibilità in senso stretto, rispetto alla quale, se può essere facilmente colta la retrostante valutazione di opportunità politico-criminale che la sorreggerebbe, non persuade la persistente sopravvivenza di un giudizio di intrinseca illiceità del fatto che essa postula e che, nella prospettiva del legislatore, sembra invece essere del tutto superato». Sulla natura della norma quale causa di esclusione della tipicità colposa, CAPUTO (2017), pp. 411 ss., in particolare in tema di formule di proscioglimento. Vedi anche pp. 395 ss. per la distinzione dalle c.d. norme di favore.

selezione delle raccomandazioni (da considerarsi, perciò, *inadeguate*); 3) l'evento lesivo occorso nell'esecuzione delle raccomandazioni non deve essersi verificato per colpa grave.

Ai fini che più interessano, va notato come l'interpretazione della norma a opera del Supremo Collegio abbia escluso dalla portata "salvifica" dell'art. 590-*sexies* c.p. i c.d. errori a monte, riguardanti il momento selettivo delle raccomandazioni da parte del professionista, e abbia invece riservato la sua applicazione ai soli c.d. errori a valle, commessi nella fase di *trasposizione* delle indicazioni, «quando l' esercente [...] abbia dato causa ad uno dei citati eventi lesivi, versando in colpa [non grave] da imperizia e pur avendo individuato e adottato, nonché fino ad un certo punto, bene attualizzato le linee-guida adeguate al caso di specie»⁵⁸.

Per facilitare (e poi "premiare") i medici preparati e aggiornati, il legislatore del 2017 ha provveduto a regolare pubblicamente la verifica e l'accreditamento delle raccomandazioni, a mezzo di una procedura tesa all'informazione/formazione dei professionisti e, assieme, alla prevenzione degli errori. È vero, d'altra parte, che la validazione di una linee-guida da parte dell'ISS non è condizione né necessaria né sufficiente a considerarla come "adeguata". Il Supremo Collegio, come già era stato sostenuto dalla dottrina, ha confermato la necessità che il sanitario si discosti dalle raccomandazioni "ufficiali" *in relazione alle peculiarità del caso concreto*, in favore dell'approccio terapeutico più adeguato, anche se diverso da quelli suggerito dal Ministero. Solo a tali condizioni l'errore di adattamento/esecuzione (connotato da colpa lieve) non integrerà le fattispecie colpose di omicidio o lesioni.

Il problema, per questa via, si sposta sul giudizio di adeguatezza della raccomandazione prescelta dal professionista, allorché la prestazione sanitaria sia strettamente legata – come lo è il parto – alle particolari condizioni di salute (anche mentale) della donna, alle sue convinzioni religiose, alle sue preferenze/paure dettate da esperienze pregresse, alla sua attitudine alla comprensione ed esecuzione delle indicazioni dello staff medico. Non si può negare, in tali casi, l'opportunità che gli esercenti impegnati nell'assistenza al parto tengano conto, ai fini della scelta della *best way*, delle indicazioni della partoriente (consenso/rifiuto di prestazioni), della sua capacità di "partecipare" attivamente all'atto medico (stanchezza, stress, percezione del dolore), nonché dei fattori organizzativi e fattuali di erogazione della prestazione (presenza di personale specializzato, accessibilità alle sale parto, disponibilità di farmaci, ecc.).

⁵⁸ Cass. pen., Sez. un., 21 dicembre 2017 - 22 febbraio 2018, *Mariotti*. A conclusione del ragionamento, i giudici precisano che, per dare attuazione alla clausola, «può dirsi che si rimanga nel perimetro del "rispetto delle linee guida" quando cioè lo scostamento da esse è marginale e di minima entità». Quest'ultima affermazione, per la verità, appare contraddittoria: un conto è considerare l'errore esecutivo *estraneo* al "rispetto" delle linee guida; un altro è considerare l'errore esecutivo uno "scostamento marginale" da esse, anche se di "minima entità". Sul punto, è probabile che la Corte intendesse riferirsi alle sole manifestazioni di imperizia che non disattendono (neanche marginalmente) le indicazioni delle raccomandazioni cliniche, sempre che l'errore sia di entità limitata, con ciò anticipando quanto dirà a seguire, e cioè che solo gli errori dovuti a imperizia *lieve* sono ricompresi nel perimetro della clausola.

La prospettiva della c.d. l. Gelli-Bianco, per la verità, pare indifferente alle esigenze di *personalizzazione delle prestazioni secondo le indicazioni del paziente*, esigenze fortemente sostenute dalle associazioni che promuovono il parto fisiologico (“umanizzato”), nonché dalla l. n. 219/2017 sul diritto all’autodeterminazione del malato. Sul tema, in ogni caso, si tornerà anche più avanti, proprio in relazione al problema del consenso informato. In questa fase preme evidenziare la necessità che la valutazione giudiziale circa l’adeguatezza delle scelte (a monte) del personale ostetrico in relazione alle modalità e alle tempistiche del parto venga condotta tenendo in considerazione non solo le specificità “oggettive” del caso concreto, ma anche quelle legate alle richieste della donna interessata.

Tornando al tema della rilevanza penale degli interventi ostetrici arbitrari è, in ogni caso, *sul piano dell’antigiuridicità* che la punizione della violenza ostetrica sembra incontrare ostacoli (quasi) insormontabili. A ben vedere, le “aggressioni” alla libertà e incolumità della partoriente si realizzano nell’ambito di una prestazione sanitaria alla quale la donna/paziente si è sottoposta volontariamente, richiedendo l’assistenza dei professionisti sanitari e autorizzando l’esecuzione delle pratiche necessarie affinché il parto vada a buon fine. Come vedremo meglio più avanti, manca un “modello” di consenso informato al parto naturale, al momento previsto solo per il parto tramite TC (che è a tutti gli effetti un intervento chirurgico) o per altre pratiche specifiche (anestesia, induzione farmacologica, ecc.). Da qui la difficoltà di riscontrare, per le iniziative del personale medico e ostetrico, delle autentiche violazioni del consenso.

Al netto della copertura costituzionale dell’attività terapeutica, che non abbisogna della scriminante dell’art. 50 c.p., l’intervento (anche energetico, persino brutale, *comunque “terapeutico”*)⁵⁹ del sanitario corrisponderà alla necessità di salvare la vita della donna e/o del nascituro⁶⁰, e potrà riverberare i propri riflessi anche sul piano delle *scusanti*.

⁵⁹ Su “coazione terapeutica”, stato di necessità e conflitto di doveri, VIGANÒ (2000).

⁶⁰ Difficile non rinvenire il contro-interesse perseguito dall’agente nella situazione concreta; la giustificazione potrà derivare, banalmente, dal pericolo di complicazioni del parto naturale. È vero: dovrebbe sempre prevalere il miglior interesse di cura della donna/del nascituro, in conformità alle indicazioni della *Evidence-based Medicine*. Sul punto, però, v. *Mother-baby friendly birthing facilities*, Guidelines approved by International Federation of Gynecology and Obstetrics, International Confederation of Midwives, White Ribbon Alliance, International Pediatric Association, World Health Organization, in *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 128/2015, pp. 95-99: «Professional associations and facilities should provide not only the best evidence based quality of care, but attend to each woman’s inviolable right to dignity, privacy, information, supportive care, pharmacological or nonpharmacological pain relief, and choice of birthing companion(s), without abuse, financial extortion, or differential care based on age, marital status, HIV status, financial status, ethnicity, or other factors». Da qui, le «Diverse modalità di “resistenza” che i diversi attori sociali (le donne, i professionisti della salute, le istituzioni, secondo i contesti) elaborano nei confronti dell’approccio sempre più interventista nel parto e nella nascita, da tempo denunciato dall’Organizzazione Mondiale della Sanità». Così QUATTROCCHI (2019), p. 127. La rilevanza dello stato di necessità, per questa via, potrebbe essere influenzata dalle concezioni orientate alla funzionalizzazione della donna alla (sola) procreazione, che giustificano le violazioni dell’autodeterminazione della partoriente in presenza delle condizioni che autorizzano il ricorso (non sempre “necessario”) alla chirurgia.

7. La proposta di legge Zaccagnini.

Nel 2016 è stato presentato alla Camera dei Deputati un disegno di legge dal titolo: «Norme per la tutela dei diritti della partoriente e del neonato e per la promozione del parto fisiologico» (A.C. n. 3670). La proposta mirava a tutelare la salute materno-infantile e a promuovere il rispetto dei diritti della donna e del neonato in occasione del parto e della degenza ospedaliera. Dalla Relazione di accompagnamento e dalle «Finalità» di cui all'art. 1 emergeva altresì il proposito di reagire alle sollecitazioni della citata dichiarazione dell'OMS del 2014; ai risultati dell'indagine del Ministero della Salute sul ricorso eccessivo al parto cesareo nei reparti di ostetricia delle strutture sanitarie pubbliche e private accreditate con il SSN⁶¹; ai dati raccolti dall'Istituto superiore di sanità sulla mortalità materna⁶².

Tralasciando – anche per ragioni di spazio – l'analisi puntuale dell'intero articolato, rivolgiamo l'attenzione alle previsioni di tipo sanzionatorio.

L'art. 3 individua le «Pratiche di assistenza al parto lesive della dignità e dell'integrità psico-fisica della partoriente e del neonato», alle quali è fatto «espresso divieto ricorrere, fatti salvi i casi di assoluta e documentata necessità medica»: a) episiotomia: taglio chirurgico del perineo e della vagina; b) uso della ventosa o del forcipe: estrazione forzata del neonato dal canale vaginale, di solito associata all'episiotomia; c) rottura artificiale delle membrane: rottura del sacco amniotico da parte del medico o dell'ostetrico; d) manovra di Kristeller manuale o strumentale: forte spinta sull'addome della donna per esercitare una pressione sul fondo uterino e accelerare l'uscita del bambino dal canale del parto; e) manovra di Valsalva: dare ordini alla donna su come e quando spingere durante il travaglio e il parto; f) induzione farmacologica del travaglio: somministrazione di farmaci per innescare o aumentare le contrazioni uterine; g) ogni altra pratica lesiva dell'integrità psico-fisica della donna. Norme *ad hoc* vengono dettate per il parto mediante TC e per l'induzione al travaglio⁶³.

⁶¹ Va segnalata, per completezza, anche l'indagine conoscitiva «Nascere sicuri», condotta dalla 12^a Commissione Igiene e Sanità del Senato, «sul percorso nascita e sulla situazione dei punti nascita con riguardo all'individuazione di criticità specifiche circa la tutela della salute della donna e del feto e sulle modalità di esercizio dell'autodeterminazione della donna nella scelta tra parto cesareo o naturale».

⁶² La proposta di legge, al capo I, art. 1, persegue, tra le altre, le seguenti finalità: a) promuovere il rispetto dei diritti fondamentali e della dignità personale della partoriente e del neonato; b) favorire il parto fisiologico, spontaneo, eutocico, normale e naturale; c) promuovere l'appropriatezza degli interventi al fine di ridurre il ricorso a pratiche invasive a cui la donna non abbia espressamente consentito.

⁶³ Il primo (art. 4) è definito «un intervento chirurgico invasivo e pericoloso per la salute della donna e del neonato», da effettuarsi «solo qualora ricorrano comprovati motivi di necessità clinica e previo espresso consenso informato, libero e consapevole della partoriente». Sia nell'art. 4 sia in altri articoli della proposta si prevedono meccanismi volti a promuovere il parto fisiologico (art. 8) e a disincentivare il ricorso al TC, anche in presenza di un pregresso TC o della richiesta della donna di ricorrervi comunque, in assenza di indicazioni mediche; si vieta, in particolare, l'applicazione del regime di *intramoenia* con prestazioni a pagamento per l'assistenza al parto, garantita dal SSN senza alcun onere economico a carico della puerpera (art. 12). Va segnalata, al comma 2 dell'art. 4, la previsione di una multa pari a mille euro nei casi di «abbandono» della donna dopo il parto tramite TC o di «trascuratezza» dell'assistenza nel periodo post-

Segue, come si diceva, un insieme eterogeneo di divieti per il personale medico, ostetrico, infermieristico e socio-sanitario: accelerare o rallentare il processo del parto (art. 5: induzione farmacologica al travaglio, rottura artificiale delle membrane); rivolgere alla donna espressioni umilianti o degradanti; esprimere commenti o apprezzamenti sconvenienti sul suo corpo; costringerla alla rasatura delle parti intime, all'uso di clisteri, alla somministrazione di farmaci, al monitoraggio elettronico fetale prolungato, ad adottare solamente la posizione supina; vietare alla partoriente di camminare, mangiare e bere (art. 6: che accomuna tali condotte sotto la rubrica «Rispetto della dignità della donna»).

Ai fini che più interessano, va segnalata la previsione di una nuova fattispecie incriminatrice:

Art. 14. Atti di violenza ostetrica.

1. Costituiscono atti di violenza ostetrica le azioni o le omissioni realizzate dal medico, dall'ostetrica o dal personale paramedico volte a espropriare la donna della sua autonomia e della sua dignità durante il parto.

2. In particolare sono atti di violenza ostetrica:

- a) negare un'assistenza appropriata in caso di emergenze ostetriche;
- b) obbligare la donna a partorire in posizione supina con le gambe sollevate;
- c) ostacolare o impedire il contatto precoce del neonato con la madre senza giustificazione medica;
- d) ostacolare o impedire il processo fisiologico del parto mediante l'uso di tecniche di accelerazione del parto senza il consenso espresso, libero, informato e consapevole della donna;
- e) praticare il taglio cesareo in assenza di indicazioni mediche e senza il consenso espresso, libero, informato e consapevole della donna;
- f) esporre il corpo della donna violando la sua dignità personale.

3. I responsabili di atti di violenza ostetrica sono puniti con la reclusione da due a quattro anni, salvo che il fatto costituisca più grave reato.

La proposta di legge è attualmente "ferma" all'esame della XII Commissione della Camera dei Deputati («Affari Sociali») e non pare destinata a un avanzamento nell'iter parlamentare. Purtroppo, dall'esame critico delle sue disposizioni è possibile trarre indicazioni utili al dibattito sulla penalizzazione della violenza ostetrica.

In generale, si può osservare la ripetizione di diritti già ampiamente riconosciuti ai pazienti (il diritto all'informazione sullo stato di salute e al consenso/dissenso: art. 1, lett. a e d), ovvero l'affermazione di "diritti" il cui rispetto può non dipendere – e spesso non dipende affatto, in specie nel contesto ospedaliero – dall'agire del personale sanitario e socio-sanitario (il «diritto a un'esperienza positiva del parto»: art. 6, comma 1), in quanto legati alle condizioni fattuali e temporali di erogazione della prestazione (il diritto a ricevere informazioni sui luoghi dell'assistenza al parto, al travaglio e al

operatorio, «a prescindere dal fatto che si siano verificate conseguenze dannose».

puerperio; il diritto a ricevere un secondo parere medico: art. 1, lett. *b* ed *e*)⁶⁴. L'articolato si compone inoltre di affermazioni di diritti (*tiranni!*) che negano la libertà terapeutica degli esercenti, privandoli della possibilità (meglio: del *dovere*) di *dialogare* con la partorienti ai fini del consenso *informato* (il diritto di «redigere un piano del parto che ha carattere vincolante per la struttura ospedaliera prescelta»: art. 1, lett. *c*, che non prevede, ai fini della stesura, la consulenza/assistenza di un professionista della salute). La proposta di legge, poi, vieta di tenere comportamenti all'evidenza già non consentiti (art. 6, commi 2 e 3: «rivolgere espressioni umilianti o degradanti alla donna durante il travaglio, in quanto lesive della sua dignità personale e pericolose per il parto [; ed] esprimere commenti o apprezzamenti sconvenienti sul corpo della donna»), o insiste nella promozione del parto fisiologico senza considerare che l'omissione di certe pratiche (proprio quelle indicate come «lesive della dignità e dell'integrità psicofisica» della donna; per esempio: induzione, episiotomia, TC) non conduce necessariamente a scenari «migliori» o meno «pericolosi» di altri, con riguardo sia allo stato di salute della partorienti sia alla sua esperienza emotiva in relazione al parto⁶⁵.

Al netto delle criticità che affliggono il *drafting* normativo (aspetto niente affatto secondario, soprattutto ai fini del rispetto del principio di stretta legalità)⁶⁶, il problema di fondo della proposta di legge concerne, in radice, l'opportunità di criminalizzare la violenza ostetrica, ossia di selezionare e descrivere i comportamenti offensivi (meritevoli e bisognosi di pena) nel rispetto dei principi costituzionali della materia.

Si noti, peraltro, che la punizione della violenza ostetrica segnerebbe l'*esordio*, nell'ordinamento italiano, del *reato di violazione del consenso del paziente*, in relazione, però, a un novero ristretto di condotte selezionate in modo arbitrario dai redattori della proposta, nel solo contesto dei reparti di ostetricia e ginecologia; una scelta asistemica che è irragionevole, in quanto impositiva di un «modello» di parto *virtuoso* («naturale», fisiologico, lento, doloroso), che ripudia il ricorso alla chirurgia e all'accelerazione del travaglio (e non, anche, la mancata erogazione di certe prestazioni, per esempio della terapia del dolore, omissioni che possono costringere la donna in uno stato di agonia).

Si descrivono, inoltre, condotte imprecise o, comunque, non necessariamente dipendenti dalle determinazioni dell'esercente sanitario/soggetto attivo⁶⁷, rispetto a una prestazione (il parto) dall'evoluzione non predeterminabile e rispetto alla quale le aspettative e i *desiderata* delle partorienti sono mutevoli, financo contraddittori; con

⁶⁴ Il diritto a ricevere la più ampia informazione sui luoghi del parto e dell'assistenza al parto, al travaglio e al puerperio, inclusi i luoghi extraospedalieri, dipende infatti dalle condizioni alle quali avviene il primo «contatto» tra la partorienti e la struttura sanitaria, dalla frequentazione di un corso di preparazione al parto nella stessa struttura dove la donna effettivamente si recherà all'avvio del travaglio, o dove sarà trasportata dagli operatori del 118 (senza rilevanza alcuna delle preferenze personali della partorienti).

⁶⁵ Come non concepire come «violenta» l'imposizione di un travaglio lungo e doloroso, senza il ricorso a pratiche che agevolino la fase espulsiva, evitino lacerazioni («fisiologiche») o accelerino la nascita?

⁶⁶ Incomprensibile, per esempio, il riferimento alle sole ostetriche (al femminile) ai fini dell'individuazione del soggetto attivo della fattispecie.

⁶⁷ Ci riferiamo, in particolare, alle seguenti condotte: a) negare un'assistenza appropriata in caso di emergenze ostetriche; c) ostacolare o impedire il contatto precoce del neonato con la madre senza giustificazione medica; f) esporre il corpo della donna violando la sua dignità personale.

l'effetto, cioè, di affidare alla *percezione* del soggetto passivo la definizione dell'atto medico arbitrario, inadeguato, "violento" (o, indistintamente, dell'omissione dell'atto medico dovuto), anche secondo una valutazione *ex post*, in base all'andamento della ripresa fisica e mentale della partoriente.

8. Il ruolo del consenso.

Il discorso, a questo punto, approda necessariamente al tema del consenso informato. Come noto, la l. n. 219/2017, a tutela del «diritto alla vita, alla salute, alla dignità e all'autodeterminazione della persona», ha esaltato il consenso informato quale termine essenziale della «relazione di cura e di fiducia tra paziente e medico»⁶⁸. Apprezzata positivamente dalla dottrina⁶⁹, anche per il contenuto semantico-valoriale delle previsioni⁷⁰, la l. n. 219/2017 ha assegnato all'autodeterminazione del malato la massima ampiezza possibile, con particolare riferimento al diritto di rifiutare i trattamenti sanitari, rinunciare alle cure e, dunque, "lasciarsi morire". La legge, in effetti, si concentra sulla figura del malato terminale e la disciplina delle disposizioni anticipate di trattamento (DAT), senza riferimento alcuno alla materia che ci occupa; è fatta salva, in ogni caso, «l'applicazione delle norme speciali che disciplinano l'acquisizione del consenso informato per determinati atti o trattamenti sanitari» (art. 1, comma 11).

Ora, la veemenza delle campagne mediatiche riguardanti la violenza ostetrica lascerebbe intendere che il personale in servizio presso le strutture del SSN ometta sistematicamente e diffusamente l'informazione e la richiesta di consenso rispetto a una serie di atti medici (anche di tipo chirurgico) relativi al parto, ovvero *violi* il dissenso espresso delle partorienti a certe prestazioni. Il problema, in realtà, è più complesso.

In Italia *non esiste un modello generale di consenso informato al parto fisiologico*. Quasi tutte le strutture del SSN chiedono il consenso scritto della paziente (in conformità alle indicazioni della l. n. 219/2017) solo per il parto tramite TC, per il parto naturale dopo un pregresso TC o per altri particolari interventi (per esempio, il rivolgimento fetale), in quanto maggiormente rischiosi per la salute della donna o del nascituro⁷¹. Breve: gli atti posti in essere dal personale sanitario impegnato nell'assistenza alla partoriente che lamenti, *ex post*, il dissenso alle attività compiute dall'*équipe*, non possono essere definiti autenticamente "arbitrari".

Gravidanza e parto sono processi dall'evoluzione in certo senso "imprevedibile", esposti come sono all'intervento di variabili (fisiologiche) o all'insorgenza di

⁶⁸ L. 22 dicembre 2017, n. 219, recante «Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento». Sul tema si segnala il *Focus* che la *Rivista italiana di medicina legale e del diritto in campo sanitario* ha dedicato alle questioni interpretative emergenti dalla legge (fasc. n. 3/2018). Tra le altre letture: CANESTRARI (2018a); CANESTRARI (2018b); CUPELLI (2018); EUSEBI (2021).

⁶⁹ Per tutti: CANESTRARI (2017).

⁷⁰ CACACE (2018), p. 936; CASONATO (2018), p. 949.

⁷¹ Cfr. ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ, *Taglio cesareo: una scelta appropriata e consapevole*, nell'ambito del Sistema Nazionale per le linee guida.

complicazioni (patologiche). Da qui: l'impossibilità – o, comunque, la grande difficoltà – di fornire *ex ante* alla partoriente un'informazione realmente completa (*ex art. 1, comma 3, l. n. 219/2017*), relativa a ogni possibile decorso del travaglio, della nascita, della fase *post-partum*, ecc.; a meno che, naturalmente, non ci si accontenti di somministrare alla paziente un modulo di consenso informato estremamente vago oppure, al contrario, contenente la descrizione minuziosa di tutti gli atti medici astrattamente pertinenti; ma si tratterebbe, all'evidenza, di un *modus operandi* contrario allo spirito della legge, ovvero di un aggiramento della disciplina del consenso.

Dalla l. n. 219/2017 si ricavano, in ogni caso, importanti indicazioni.

1) *Il consenso informato della partoriente va sempre ricercato.*

Prima di realizzare qualsiasi atto o manovra sul corpo della donna, di avviare l'induzione ovvero di procedere alla somministrazione di farmaci è necessario che il personale medico ricerchi e ottenga il valido consenso della partoriente (che non può essere prestato né dai suoi familiari né dal padre del nascituro). La donna ha il diritto di conoscere le condizioni di salute proprie e del feto, e di essere informata in modo completo, aggiornato e a lei comprensibile riguardo alla diagnosi, alla prognosi, ai benefici e ai rischi degli accertamenti diagnostici e dei trattamenti sanitari indicati, nonché riguardo alle possibili alternative e alle conseguenze dell'eventuale rifiuto dei trattamenti/interventi chirurgici proposti (art. 1, comma 3). Il consenso va «acquisito nei modi e con gli strumenti più consoni alle condizioni del paziente» (art. 1, comma 4). Nelle situazioni di urgenza, laddove non sia possibile informare in modo completo la partoriente, il medico è tenuto ad agire in conformità al c.d. principio di beneficiabilità, secondo le modalità più idonee alla tutela della salute del paziente⁷², in ossequio al dovere di solidarietà sociale (art. 2 Cost.) e all'obbligo di garanzia (art. 40, cpv., c.p.)⁷³. Le partorienti, d'altra parte, si rivolgono *volontariamente* alla struttura ospedaliera, *allo scopo di ricevere assistenza*, così consentendo ai trattamenti necessari alla nascita. In determinate circostanze, peraltro, il differimento dell'atto medico a fini informativi, o per ottenere il consenso *scritto* della paziente, potrebbe rappresentare una pratica pericolosa e crudele (meglio: violenta...) nei confronti di una donna in corso di travaglio, in condizioni di sofferenza insopportabile⁷⁴.

2) *Il dissenso espresso della partoriente a determinati atti è inviolabile.*

In caso di dissenso espresso a subire determinati atti o trattamenti, per esempio i tagli chirurgici (TC ed episiotomia), questi non potranno essere praticati (art. 1, comma 5). In simili circostanze l'autodeterminazione della donna è insuperabile, anche nell'ipotesi di pericolo per la sua vita; su questo fronte, peraltro, la l. n. 219/2017 ha escluso la responsabilità penale del medico per i danni che l'omissione potrà eventualmente cagionare al paziente, sicché il mancato intervento non sostanzierà i delitti di omicidio e lesioni (art. 1, comma 6, prima parte). Lo stesso vale per il caso di

⁷² EUSEBI (2021), p. 419.

⁷³ Nonché, ovviamente, nel rispetto delle raccomandazioni previste dalle linee guida ministeriali ovvero, in mancanza di queste, delle buone pratiche clinico-assistenziali, sempre che risultino adeguate alle specificità del caso concreto (art. 590-*sexies* c.p.).

⁷⁴ GIUNTA (2001), p. 392.

pericolo di vita per il nascituro, in quanto il medico è gravato da obblighi di protezione nei soli confronti della donna⁷⁵.

3) *Il divieto di rifiutare la comunicazione medico/paziente.*

La legge sul consenso informato sancisce, da un lato, l'obbligo del personale sanitario di rispettare il diritto della paziente/partoriente di rifiutare certe prestazioni; dall'altro lato, esclude che, in nome del principio di autodeterminazione, la persona assistita possa esigere cure contrarie alle norme di legge, alla deontologia professionale o alle buone pratiche clinico-assistenziali: «a fronte di tali richieste, il medico non ha obblighi professionali» (art. 1, comma 6, seconda parte). La legge, dunque, «tutela un incompressibile ambito di autonomia professionale del medico, sul quale non può pesare un obbligo di rispetto incondizionato di ogni e qualsiasi richiesta del malato»⁷⁶, in specie in relazione ai «“trattamenti” privi di evidenze che ne comprovino l'efficacia»⁷⁷; anche in ossequio all'indicazione deontologica per cui il professionista «non acconsente alla richiesta di una prescrizione da parte dell'assistito al solo scopo di compiacerlo» (art. 13).

La previsione si rivela quanto mai opportuna nell'attuale contesto socio-culturale, ove il ricorso alla “medicina fai-da-te” e l'accesso incontrollato a fonti virtuali inattendibili hanno alimentato un sentimento di diffidenza nei confronti della competenza e dell'esperienza professionale⁷⁸. Anche nei documenti prodotti dalle associazioni che si battono contro gli abusi ostetrici e la medicalizzazione del parto affiora una certa avversione nei confronti dei professionisti della sanità, ormai frequentemente “vittime” di aggressioni fisiche e verbali da parte di utenti insoddisfatti⁷⁹.

La l. n. 219/2017 ha inteso promuovere la *condivisione* delle scelte terapeutiche, espressamente prevedendo che il «tempo della comunicazione tra medico e paziente costituisce tempo di cura» (art. 1, comma 8)⁸⁰: il *dialogo* è, cioè, la via privilegiata per l'attuazione di un'assistenza *adeguata*, che sappia valorizzare il diritto all'autodeterminazione della persona assistita e, insieme, la professionalità e l'esperienza del medico.

Il tema del rapporto medico/paziente intercetta una questione assai dibattuta in materia di violenza ostetrica. Ci riferiamo, in particolare, alla redazione del c.d. piano del parto, un documento fortemente sponsorizzato dalle associazioni che perseguono il

⁷⁵ In questo senso, GIANNECCHINI (2012), p. 150. La tutela del nascituro è, cioè, indiretta rispetto a quella per la madre-paziente, quale persona primariamente garantita dal sanitario. SUMMERER (2006), p. 122, esclude l'operatività dell'art. 54 c.p., come soccorso di necessità in favore del feto, per il medico che proceda a intervento invasivo per la donna contro la sua espressa volontà (in particolare, taglio cesareo).

⁷⁶ CASONATO (2018), p. 956.

⁷⁷ CANESTRARI (2018b), p. 11.

⁷⁸ Sul problema dell'incultura, FORTI (2018), pp. 13 ss.

⁷⁹ Cfr. l. 14 agosto 2020, n. 113, recante «Disposizioni in materia di sicurezza per gli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie nell'esercizio delle loro funzioni», con la quale sono state introdotte una nuova incriminazione e un aggravamento di pena per le violenze perpetrate ai danni dei professionisti sanitari e socio-sanitari. In tema, CAPUTO (2020).

⁸⁰ In argomento, IAGNEMMA (2019).

superamento della “supremazia” dei medici e la “riappropriazione”, da parte della partoriente, delle scelte relative all’assistenza ospedaliera.

Si tratta, nei fatti, di “disposizioni anticipate di trattamento ostetrico” alle quali gli esercenti dovrebbero attenersi pedissequamente, affinché travaglio e parto si svolgano senza “interferenze”. All’accesso presso la struttura ospedaliera, la donna vanterebbe cioè il diritto di presentare ai sanitari che la prendono in carico il proprio “piano” dell’assistenza alla nascita, allo scopo di proibire l’esecuzione degli atti preventivamente “rifiutati” ovvero di “pretendere” gli specifici trattamenti richiesti.

Così concepito, tuttavia, il c.d. piano del parto compromette irrimediabilmente l’alleanza (collaborativa) medico/paziente, affidando la gestione del parto alle scelte (dis)informate della partoriente; scenario problematico, oltre che incompatibile con la disciplina del consenso informato e, ancor prima, della responsabilità civile e penale del medico.

Al contrario, laddove il c.d. piano venga discusso e compilato dalla donna in stato di gravidanza con l’ausilio di professionisti, nell’ottica di un confronto dialogico sulle pratiche più “temute”, fungerebbe da strumento di comunicazione e maturazione di determinazioni consapevoli e condivise, così rafforzando l’affidamento della donna nei confronti dei professionisti che la assisteranno durante il parto e la degenza; a patto, s’intende, che costoro vi si attengano.

9. La risposta culturale alla violenza ostetrica.

Le richieste delle associazioni impegnate nella lotta alla violenza ostetrica – che in altri ordinamenti hanno ottenuto l’approvazione delle Istituzioni pubbliche – mirano alla promozione di un approccio terapeutico più attento alla *vulnerabilità* delle donne che si rivolgono ai servizi di salute sessuale e riproduttiva. La mobilitazione, in linea di principio meritoria, si è tuttavia spinta sino alla richiesta d’intervento del legislatore penale, nel senso dell’incriminazione degli atteggiamenti irrispettosi della dignità delle utenti e di certi atti medici arbitrari.

Non v’è dubbio che talune manifestazioni di violenza ostetrica originino, in effetti, dalla recrudescenza del paternalismo nei confronti delle pazienti che si trovino in una condizione di particolare fragilità fisica ed emotiva, dall’opposizione, anche in ambiente sanitario, all’emancipazione femminile, con particolare riferimento alle scelte riguardanti la sessualità e la genitorialità⁸¹, ovvero dalla “reazione” della classe medica al rafforzamento del diritto all’autodeterminazione degli utenti.

Sembra, tuttavia, che la *criminalizzazione* della violazione del consenso e degli atteggiamenti vagamente offensivi della dignità o riservatezza femminile non fornisca

⁸¹ Financo in relazione al trattamento dei resti mortali dei feti non nati. Sul tema: CECCAROLI (2020), che illustra le problematiche relative all’esercizio del diritto alla sepoltura dei feti (con particolare riferimento ai feti di epoca gestazionale anteriore alla ventottesima settimana) e le lacune della normativa italiana dalle quali hanno avuto origine diverse vicende di violazione del consenso informato e della *privacy* ai danni delle donne coinvolte da parte degli enti ospedalieri (cfr. p. 1750).

una soluzione adeguata alla prevenzione del fenomeno e rischi, al contrario, di accentuare la conflittualità medico/paziente, in un contesto – quello dei reparti maternità – dove l'*alleanza terapeutica* si rivela della massima importanza, anzi tutto ai fini della collaborazione attiva della donna al parto e della gestione dell'assistenza materno-infantile (*i.e.* sicurezza delle cure).

L'opinione di chi scrive si fonda sui motivi già espressi in sede di critica della proposta di legge Zaccagnini: irragionevolezza della selezione delle condotte, imprecisione delle fattispecie incriminatrici, valorizzazione eccessiva della percezione del soggetto passivo, difficoltà di accertamento probatorio, improbabilità di giungere alla punizione in concreto delle vicende per l'operare delle cause di giustificazione.

Ferma la necessità di attivare l'intervento penale nei casi più gravi, per le condotte che integrino le fattispecie incriminatrici esistenti (per esempio il delitto di minaccia, oppure le fattispecie colpose legate alla causazione di eventi lesivi per un'assistenza inadeguata), il principio di *extrema ratio* osta all'estensione dell'area del punibile senza aver sperimentato l'efficacia di altri rimedi, anzi tutto sul piano della promozione culturale, in contesto sanitario, del rispetto delle donne, dell'inviolabilità del loro corpo e delle loro scelte, del valore della dignità femminile e della missione di cura, ascolto e protezione delle pazienti vulnerabili.

Spetta alle strutture sanitarie, dunque, il compito più arduo, *in primis* sul fronte organizzativo⁸²: intervenire sulla formazione del personale impegnato nei reparti di ostetricia e ginecologia⁸³, allestire meccanismi di *reporting* (da parte delle pazienti e dei professionisti, in questo caso sul comportamento inopportuno dei colleghi), investire maggiori risorse economiche nelle strutture interessate, per i corsi di preparazione alla nascita, gli incontri con i professionisti e la consulenza sulla redazione del c.d. piano del parto⁸⁴. Ferma restando l'obbligatorietà del consenso agli interventi chirurgici o alle prestazioni più rischiose, la programmazione anticipata e condivisa dell'assistenza consentirebbe al professionista di agire tempestivamente, ma nel rispetto delle esigenze della partoriente, sempre che le circostanze lo consentano.

In caso di offese alla dignità e all'autodeterminazione della donna, in relazione a ogni prestazione relativa alla sfera sessuale e riproduttiva, la struttura si dovrà attivare per ricostruire la vicenda e recuperare la comunicazione fallita; ed eventualmente intervenire sul piano delle sanzioni disciplinari, senza tralasciare il ricorso a forme di *apology*, di ristoro economico e di supporto psicologico in favore delle vittime.

⁸² BOHREN *et al.* (2015) insistono sulla componente organizzativa del fenomeno. Agli abusi intenzionali di taluni professionisti si affiancano, nei fatti, episodi di negligenza dipendenti dalle condizioni di erogazione delle prestazioni assistenziali.

⁸³ Anche rispetto all'assistenza alle donne che non abbiano portato a termine la gravidanza. Sul rapporto fra saperi (giuridici ed extragiuridici) e l'opportunità di una formazione dei vari professionisti coinvolti in materia di violenza di genere (con un focus specifico sulla violenza domestica), A. DI MARTINO (2022), pp. 17-19.

⁸⁴ PIRES LUCAS D'OLIVEIRA *et al.* (2002), p. 1684.

Bibliografia.

ALMAGUER GONZÁLEZ, José Alejandro, GARCÍA RAMÍREZ, Hernán José, VARGAS VITE, Vicente (2010): “La violencia Obstétrica: Una forma de Patriarcado en las Instituciones de Salud”, in *Género y salud en cifras*, 8, pp. 4-20

ASTORINA MARINO, Pierpaolo (2016): “Equilibri e incertezze normative in un caso di intervento sanitario contro la volontà del paziente”, in *Rivista italiana di medicina legale*, pp. 302-317

ASTORINA MARINO, Pierpaolo (2015): “Il dolo del medico: tra tipicità dell’attività medica e “specialità” dell’elemento soggettivo”, in *Rivista italiana di medicina legale*, pp. 171-188

BERTOLINO, Marta (2021): “La violenza di genere e su minori tra vittimologia e vittimismo: notazioni brevi”, in *Rivista italiana di diritto e procedura penale*, pp. 65-82

BOHREN, Meghan A. *et al.* (2015): “The mistreatment of women during childbirth in health facilities globally: a mixed-methods systematic review”, in *Plos Medicine*, 30 giugno

BOIANO, Ilaria (2019): “Criminalizzazione delle scelte delle donne in materia di salute sessuale e riproduttiva: il caso dell’aborto come guerra contro le donne”, in *Studi sulla questione criminale*, 1-2, pp. 131-150

BONURA, Maria Luisa (2016): *Che genere di violenza: conoscere e affrontare la violenza contro le donne* (Trento, Erickson)

CACACE, Simona (2018): “La nuova legge in materia di consenso informato e DAT: a proposito di volontà e di cura, di fiducia e di comunicazione”, in *Rivista italiana di medicina legale*, pp. 935-946

CANESTRARI, Stefano (2018a): “I fondamenti del biodiritto penale e la legge 22 dicembre 2017 n. 219”, in *Rivista italiana di diritto e procedura penale*, pp. 55-85

CANESTRARI, Stefano (2018b): “La legge n. 219 del 2017 in materia di consenso informato e disposizioni anticipate di trattamento”, in *La legislazione penale*, 20 dicembre

CANESTRARI, Stefano (2017): “Una buona legge buona (ddl recante «norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento»)”, in *Rivista italiana di medicina legale*, pp. 975-980

CANNONE, Camilla (2019): “La violenza in sala parto. Osservazioni a margine di una questione controversa”, in *Studi sulla questione criminale*, 1-2, pp. 151-164

CANZIO, Giovanni (2001): “Trattamenti terapeutici e responsabilità penale”, in *Diritto penale e processo*, pp. 665-668

CAPUTO, Matteo (2020): “Nessuno tocchi Ippocrate. Il contrasto penale alle violenze commesse ai danni del personale sanitario”, in *Archivio penale*, 30 settembre

CAPUTO, Matteo (2018): “Le Sezioni Unite alle prese con la colpa medica: nomofilachia e nomopoiesi per il gran ritorno dell’imperizia lieve”, in *Rivista italiana di medicina legale*, pp. 345-366

CAPUTO, Matteo (2017): *Colpa penale del medico e sicurezza delle cure* (Torino, Giappichelli)

CAPUTO Matteo (2011), “Eventi e sentimenti nel delitto di atti persecutori”, in BERTOLINO, Marta, EUSEBI, Luciano, FORTI, Gabrio (eds.), *Studi in onore di Mario Romano* (Napoli, Jovene), pp. 1373-1416.

CASONATO, Carlo (2018): “Taking sick rights seriously: la pianificazione delle cure come paradigma di tutela delle persone malate”, in *Rivista italiana di medicina legale*, pp. 949-963

CECCAROLI, Cinzia (2020): “Sulla gestione dei resti mortali di una vita umana esauritasi in epoca prenatale”, in *Rivista italiana di medicina legale*, pp. 1741-1760

CIPOLLA, Sibilla Zoraide Maria (2022): “La posizione della partoriente come misura del grado di medicalizzazione del parto”, in *BioLaw Journal*, 2, 15 luglio

CORN, Emanuele (2018): “Non parlarmi, non ti sento. Il perdurante disallineamento tra i bisogni delle donne maltrattate e le tutele offerte dalle norme penali”, in *Rivista italiana di medicina legale*, pp. 599-613

CUPELLI, Cristiano (2018a): “L’art. 590-sexies c.p. nelle motivazioni delle Sezioni Unite: un’interpretazione “costituzionalmente conforme” dell’imperizia medica (ancora) punibile”, in *Sistema penale*, 3, pp. 246-258

CUPELLI, Cristiano (2018b): “Consenso informato, autodeterminazione terapeutica e disposizioni anticipate di trattamento: profili penali”, in *disCrimen*, 15 ottobre

D’ALESSANDRO, Francesco (2017): “La responsabilità penale del sanitario alla luce della riforma «Gelli-Bianco»”, in *Diritto penale e processo*, pp. 573-578

DE SIMONE, Giulio (1993): “Violenza (dir. pen.)”, in *Enciclopedia del diritto*, XLVI, pp. 881 ss.

DEMURO, Gian Paolo (2013): “*Ultima ratio: alla ricerca di limiti all’espansione del diritto penale*”, in *Rivista italiana di diritto e procedura penale*, pp. 1654-1694

DI MARTINO, Alberto (2022): “*Immagini e metodi del sistema penale di fronte ai delitti c.d. di genere (Fra sollecitazioni internazionali ed esperienza interna)*”, in *Archivio penale*, 2

DOVA, Massimiliano (2019): *Alterazioni emotive e colpevolezza* (Torino, Giappichelli)

DUDEN, Barbara (1994): *Il corpo della donna come luogo pubblico. Sull’abuso del concetto di vita* (Torino, Bollati Boringhieri)

EUSEBI, Luciano (2021): “*Il consenso informato e le disposizioni anticipate di trattamento*”, in OLIVA, Antonio e CAPUTO, Matteo (eds.), *Itinerari di medicina legale e delle responsabilità in campo sanitario* (Torino, Giappichelli), pp. 418-430

EUSEBI, Luciano (1995): “*Sul mancato consenso al trattamento terapeutico: profili giuridico-penali*”, in *Rivista italiana di medicina legale*, pp. 729 ss.

FORTI, Gabrio (2018): *La cura delle norme. Oltre la corruzione delle regole e dei saperi*, (Milano, Vita e Pensiero)

FORTI, Gabrio (2015): “*La tutela della donna dalla cd. violenza di genere. L’intervento sulla relazione affettiva in una prospettiva criminologica «integrata»*”, in FUMAGALLI CARULLI, Ombretta e SAMMASSIMO, Anna (eds.), *Famiglia e matrimonio di fronte al Sinodo. Il punto di vista dei giuristi* (Milano, Vita e Pensiero), pp. 25-47

FORTI, Gabrio (2014): “*L’eterno ritorno al diseguale: una riconsiderazione del ‘gender gap’ in criminologia*”, CARPANI, Roberta, PEJA, Laura, AIMO, Laura (eds.), *Scena madre. Donne personaggi e interpreti della realtà. Studi per Annamaria Cascetta* (Milano, Vita e Pensiero), pp. 325-338

FORTI, Gabrio (2000): *L’immane concretezza. Metamorfosi del crimine e controllo penale* (Milano, Raffaello Cortina)

FOUCAULT, Michel (2013): *La volontà di sapere. Storia della sessualità*, vol. 1 (Milano, Feltrinelli)

GALIMBERTI, Diana (2015): “*Violencia Obstétrica*”, in www.fasgo.org.ar/ (Federación Argentina de Sociedades de Ginecología y Obstetricia - FASGO)

GALLARDO DUARTE, Romina (2022): “*Violencia obstétrica en Uruguay: Un enfoque de género y bioético*”, in *Revista Internacional de Éticas Aplicadas*, 37, pp. 17-31

GIANNECCHINI, Ilaria (2012): “Paziente rifiuta il taglio cesareo per motivi culturali e religiosi. Il punto di vista giuridico”, in FUNGHI, Patrizia, GIUNTA, Fausto, PAONESSA, Caterina (eds.), *Medicina, bioetica e diritto. I problemi e la loro dimensione normativa* (Pisa, ETS), pp. 145 ss.

GIUNTA, Fausto (2001): “Il consenso informato all’atto medico tra principi costituzionali e implicazioni penalistiche”, in *Rivista italiana di diritto e procedura penale*, pp. 377-410

GRAY, Thomas *et al.* (2019): “Obstetric violence: Clinical staff perceptions from a video of simulated practice”, in *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 1

IADECOLA, Gianfranco (2010): “Violazione consapevole della regola del consenso del paziente e responsabilità penale”, in *Diritto penale e processo*, pp. 1321-1336

IAGNEMMA, Caterina (2019): “«Il tempo della comunicazione costituisce tempo di cura»: l’approccio narrativo nella Legge n. 219 del 2017”, in *Giurisprudenza Penale Web*, 1-bis

LAMANUZZI, Marta (2018): “La valutazione individuale delle specifiche esigenze di protezione nelle vittime della violenza di genere”, in *Jus*, 3, pp. 399-426

MAGARAGGIA, Silvia e CHERUBINI, Daniela (2013): *Uomini contro le donne? Le radici della violenza maschile* (Torino, Utet)

MANNA, Adelmo (2004): “Trattamento sanitario «arbitrario»: lesioni personali e/o omicidio, oppure violenza privata?”, in *Indice penale*, pp. 449-479

MATTUCCI, Natascia (2016): *Corpi, linguaggi, violenze: la violenza contro le donne come paradigma* (Milano, FrancoAngeli)

MAZZUCATO, Claudia e VISCONTI, Arianna (2014): “Dalla medicina narrativa alla giustizia riparativa in ambito sanitario: un progetto “integrato” di prevenzione delle pratiche difensive e di risposta alla colpa medica”, in *Rivista italiana di medicina legale*, pp. 847-867

MEZZETTI, Enrico (1998): “Violenza privata e minaccia”, in *Digesto delle discipline penalistiche*, IV ed., XV, pp. 264 ss.

NISCO, Attilio (2012): *La tutela penale dell’integrità psichica* (Torino, Giappichelli)

NUSSBAUM, Martha C. (2014): *Persona oggetto* (Trento, Erickson)

NUSSBAUM, Martha C. (2002): *Giustizia sociale e dignità umana. Da individui a persone* (Bologna, Il Mulino)

NUSSBAUM, Martha C. (2001): *Diventare persone. Donne e universalità dei diritti* (Bologna, Il Mulino)

PECORELLA, Claudia (2019): "Violenza di genere e sistema penale", in *Diritto penale e processo*, pp. 1181-1187

PEDRAZZI, Cesare (1957): "Appunti sulla violenza quale «mezzo» del reato", in *Rivista italiana di diritto e procedura penale*, pp. 999 ss.

PELISSERO, Marco (2009): "Intervento medico e libertà di autodeterminazione del paziente", in *Diritto penale e processo*, pp. 455-468

PÉREZ D'GREGORIO, Rogelio (2010): "Obstetric violence: A new legal term introduced in Venezuela", in *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 111

PIRES LUCAS D'OLIVEIRA, Ana Flávia, GRILO DINIZ, Simone, BLIMA SCHRAIBER, Lilia (2002): "Violence against women in health-care institutions: an emerging problem", in *The Lancet*, 359, 11 maggio

QUATTROCCHI, Patrizia (2019): "Violenza ostetrica. Le potenzialità politico-formative di un concetto innovativo", in *EtnoAntropologia*, 7, pp. 125-147

RESCIGNO, Francesca (2022): "Gender medicine as a tool for implementing the right to health", in *International Journal of Risk & Safety in Medicine*, 33, pp. 185-192

ROMANO, Bartolomeo (2021): "La violenza sessuale di genere", in *Rivista italiana di medicina legale*, pp. 1041-1051

SADLER SPENCER, Michelle (2016a): "Etnografías del Control del Nacimiento en el Chile Contemporáneo", in *Revista Chilena de Antropología*, 33, pp. 45-57

SADLER SPENCER, Michelle, SANTOS, Mário Jds, RUIZ-BERDÚN, Dolores, LEIVA ROJAS, Gonzalo, SKOKO, Elena, GILLEN, Patricia, CLAUSEN, Jette A. (2016b): "Moving beyond disrespect and abuse: addressing the structural dimensions of obstetric violence", in *Reproductive Health Matters*, 24, pp. 47-55

SUMMERER, Kolis (2006): "La responsabilità penale del medico in ambito ostetrico-ginecologico", in CANESTRARI Stefano, FANTINI, Maria Pia (eds.), *La gestione del rischio in medicina. Profili di responsabilità nell'attività medico-chirurgica* (Milano, IPSOA)

TRASFORINI, Maria Antonietta (2008): “Corpi di genere, corpi relazionali. Retoriche de pericolo, violenza di genere e spazi dell’arte”, in CORRADI, Consuelo (ed.), *I modelli sociali della violenza contro le donne. Rileggere la violenza nella modernità* (Milano, FrancoAngeli), pp. 49-65

VIGANÒ, Francesco (2009): “Omessa acquisizione del consenso informato del paziente e responsabilità penale del chirurgo: l’approdo (provvisorio?) delle Sezioni unite”, in *Cassazione penale*, pp. 1811-1832

VIGANÒ, Francesco (2002): *La tutela penale della libertà individuale, I: L’offesa mediante violenza* (Milano, Giuffrè)

VIGANÒ, Francesco (2000): *Stato di necessità e conflitto di doveri. Contributo alla teoria delle cause di giustificazione* (Milano, Giuffrè)