

# INDICE

<b>1. Riassunto</b>	<b>3</b>
1.1 Introduzione	3
1.2 Materiale e metodi	4
1.3 Risultati & Conclusione	4
<b>2. Introduzione</b>	<b>6</b>
2.1 Violenza verbale	8
2.2 Violenza fisica	9
2.3 Violenza psicologica	9
2.4 Violenza sessuale	9
2.5 Discriminazione sociale	10
2.6 Negligenza	10
2.7 Uso inappropriato delle procedure e delle tecnologie a disposizione	10
<b>3. Quadro normativo</b>	<b>11</b>
3.1 Quadro normativo internazionale	11
3.2 Quadro normativo europeo	12
3.3 Quadro normativo italiano	13
<b>4. Materiali e metodi</b>	<b>15</b>
4.1 Disegno dello studio	15
4.2 Popolazione indagata	15
4.3 Raccolta dati	15
4.4 Analisi statistica	15

<b>5. Analisi statistica</b>	<b>16</b>
5.1 Analisi di grafici con una sola variabile	18
5.2 Analisi di grafici con due variabili	18
5.3 Analisi dei grafici Pivot	20
<b>6. Risultati</b>	<b>21</b>
6.1 Rappresentazione grafica di una sola variabile	21
6.2 Rappresentazione grafico di due variabili	23
6.3 Grafici Pivot	26
<b>7. Discussione</b>	<b>28</b>
<b>8. Conclusione</b>	<b>33</b>
<b>9. Bibliografia</b>	<b>36</b>
<b>10. Allegati</b>	<b>39</b>

# 1. RIASSUNTO

## 1.1 INTRODUZIONE

La violenza ostetrica rientra in un quadro più grande e altresì complesso della violenza genere.

In Italia, solo di recente, si sta sviluppando più consapevolezza su questo fenomeno, consapevolezza che si sta acquisendo anche grazie a campagne di sensibilizzazione come quella di #bastatacere che si è nata e si è diffusa a partire dal 2016 e a cui ha fatto seguito la creazione dell'Osservatorio sulla violenza ostetrica, punto di riferimento delle donne per questo fenomeno.

I quadri normativi su questa problematica sono molteplici. Le normative specifiche adottate dai vari Stati sono varie, ma negli ultimi anni anche l'Organizzazione mondiale della sanità si è espressa in merito, tuttavia, fortunatamente, non è stata l'unica organizzazione a farlo; infatti, anche il Consiglio per i diritti umani delle Nazioni Unite e il Consiglio d'Europa si sono espressi su questa tematica. Infine, più vicino al nostro contesto, in Italia è stata fatta una proposta di legge, che prevede anche delle sanzioni di carattere penale, ma è dal 2016 in esame al Parlamento.

La violenza ostetrica è un fenomeno che si articola in vari modi, con manifestazioni più o meno evidenti.

Passiamo infatti dalla violenza più psicologica, che decisamente può essere più subdola rispetto ad altre forme di violenza e dunque può essere anche più difficile da identificare, ad altre forme di violenza quali la violenza fisica, decisamente molto più individuabile.

Proprio per questa prismaticità del fenomeno è difficile definirlo perché spesso la violenza ostetrica può anche essere un non fare qualcosa piuttosto che farla, ad esempio essa può esprimersi sotto forma di negligenza o di incompetenza degli operatori e dunque dei trattamenti erogati.

È essenziale educare le donne a riconoscerla, così da poterla individuare e difendere la loro integrità individuale

## **1.2 MATERIALI E METODI**

Per indagare il fenomeno, in particolar modo l'aspetto della consapevolezza sul tema, ho creato e poi somministrato un questionario ad hoc.

Le partecipanti sono donne che hanno avuto contatto, per vari motivi, con il contesto ospedaliero o più in generale con gli operatori sanitari, per esigenze ostetrico-ginecologiche.

La raccolta dei dati è avvenuta su una piattaforma online chiamata "Survio" e i dati raccolti sono stati sintetizzati e poi analizzati con il software Microsoft Excel (versione 2018) e R (versione 4.0.3(2020-10-10)).

## **1.3 RISULTATI & DISCUSSIONE**

I risultati di questa tesi hanno confermato ciò che già esiste in letteratura, vale a dire che la violenza ostetrica è un fenomeno che le donne dichiarano di conoscere, e quindi si saer identificare; tuttavia, non tutte le donne trovano questi avvenimenti necessariamente lesivi, e anche questo rispecchia gli studi fatti in letteratura, così come l'impronta che lasciano questi avvenimenti sulla psiche delle pazienti.

Un altro dato interessante è che spesso la richiesta di consenso non è annoverata tra le pratiche facenti parte della violenza ostetrica. Infine, le pratiche più diffuse si sono dimostrate essere l'episiotomia e la manovra di Kristeller.

## 2. INTRODUZIONE

“La violenza è l'ultimo rifugio dell'incompetente.”

Isaac Asimov

In Italia si sta sviluppando di recente più consapevolezza sul tema della violenza ostetrica che è sia una violazione dei diritti umani sia una violenza di genere. Questa consapevolezza si sta acquisendo grazie anche a campagne di sensibilizzazione come quella di #bastatacere che si è sviluppata a partire dal 2016 e a cui ha fatto seguito la creazione dell'Osservatorio sulla violenza ostetrica <sup>(1)</sup>.

La violenza ostetrica è stata definita in ambito giuridico per la prima volta nella “*Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia*” del Venezuela, nel 2007, Articolo 15(13), come <sup>(2)</sup>:

“appropriazione del corpo e dei processi riproduttivi della donna da parte del personale sanitario, che si esprime in un trattamento disumano, nell'abuso di medicalizzazione e nella patologizzazione dei processi naturali avendo come conseguenza la perdita di autonomia e della capacità di decidere liberamente del proprio corpo e della propria sessualità, impattando negativamente sulla qualità della vita della donna”.

Anche l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), nel 2014, nella dichiarazione “La prevenzione ed eliminazione dell'abuso e della mancanza di rispetto durante l'assistenza al parto presso le strutture ospedaliere” <sup>(3)</sup> definisce quali sono i comportamenti etichettabili come irrispettosi e abusanti sia durante, che non, nelle strutture ospedaliere:

- l'abuso fisico diretto,

- la profonda umiliazione e l'abuso verbale,
- le 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
- adolescenti, donne non sposate, donne in condizioni socioeconomiche sfavorevoli,
- donne appartenenti a minoranze etniche, o donne migranti e donne affette da l'HIV sono particolarmente esposte al rischio di subire trattamenti irrispettosi e abusi.

Inoltre, la Dichiarazione sull'eliminazione della violenza contro le donne <sup>(4)</sup>, adottata dall'Assemblea Generale delle Nazioni Unite, con risoluzione 48/104 del 20 dicembre 1993, stabilisce all'art 1 che l'espressione "violenza contro le donne" stia ad indicare ogni comportamento di violenza, che sia esso fondato sul genere, e che esiti o che possa esitare in un danno o una sofferenza fisica, sessuale o psicologica per le donne. Sono incluse tra questi comportamenti anche minacce di tali atti, coercizione o la privazione arbitraria

della libertà, e gli avvenimenti sopracitati possono avvenire sia nella vita pubblica sia in quella privata.

La violenza ostetrica, come quindi suggerisce l'OMS, può manifestarsi quindi in varie modalità, che possono essere classificate nelle seguenti categorie:

- violenza verbale,
- violenza fisica,
- violenza psicologica,
- violenza sessuale,
- discriminazione sociale,
- negligenza,
- uso inappropriato delle procedure e tecnologie a disposizione.

## **2.1 VIOLENZA VERBALE**

La violenza verbale a sua volta può avere varie manifestazioni, in genere chi la commette ha un comportamento rude, irrispettoso, vessante, coercitivo, discriminatorio, moralista ed anche ironico nei confronti della paziente, che fa sentire quest'ultima inferiore, imbarazzata e umiliata. Questo tipo di violenza è dunque perlopiù rappresentato da delle frasi come "Perché piangi?", "Non sapevi che il parto fosse doloroso?", "Non urlare, spingi!", "Così farai male a tuo figlio!". Frasi, che non necessariamente vengono dette con l'intento di arrecare danno, ma che colpevolizzano la donna o peggio ancora la fanno sentire incompetente, facendo dunque venire a meno l'*empowerment* che dovrebbe caratterizzare l'esperienza del parto <sup>(5)</sup>.



## **2.2 VIOLENZA FISICA**

La violenza fisica è caratterizzata da comportamenti propriamente aggressivi e ripetitivi nei confronti della paziente, questi comportamenti possono essere continue esplorazioni vaginali senza consenso e/o senza privacy, esecuzione di routine di episiotomia senza prima spiegare alla paziente l'azione che si sta per eseguire e dunque senza acquisire alcun tipo di consenso, né verbale né tantomeno scritto, taglio cesareo non necessario, magari per accelerare i tempi per esigenze legate all'organizzazione ospedaliera, metodiche di contenimento del dolore non utilizzate o mal utilizzate sia prima, che durante, che dopo il parto, infine possiamo avere l'esecuzione di alcune procedure senza un'adeguata analgesia, come ad esempio un *currettage*, revisione della cavità uterina, o addirittura manovre che sono ormai in disuso come la manovra di Kristeller <sup>(5)</sup>.

## **2.3 VIOLENZA PSICOLOGICA**

Questo tipo di violenza può manifestarsi sotto forma di minacce, urla, autoritarismo nei confronti della donna o della coppia, a volte gli operatori possono avere un atteggiamento ostile ed intimidatorio che potrebbe condizionare l'outcome materno-fetale e/o l'eventuale scelta di future gravidanze o delle strutture in cui espletare il parto ed effettuare i vari controlli e visite <sup>(5)</sup>.

## **2.4 VIOLENZA SESSUALE**

Questa per alcuni versi è simile alla violenza fisica in quanto anch'essa si potrebbe esplicare sottoforma di esplorazioni vaginali senza consenso e/o privacy o addirittura senza guanti, palpazione dei genitali in modo irrispettoso, senza consenso/privacy,

palpazione di altre parti del corpo senza consenso e/o privacy, esplorazioni rettali senza consenso e/o privacy <sup>(5)</sup>.

## **2.5 DISCRIMINAZIONE SOCIALE**

Questo tipo di comportamento si dispiega in atteggiamenti irrispettosi, stigmatizzati e pregiudicati nei confronti delle donne solo per il colore della loro pelle, etnia, situazione sociale ed economica, situazione coniugale, orientamento sessuale, religioso e livello di istruzione. Questo fattore può essere sia esso stesso l'espressione della violenza ostetrica o potrebbe essere un *trigger* per gli operatori <sup>(5)</sup>.

## **2.6 NEGLIGENZA**

Atteggiamento di negligenza, di totale abbandono, sottovalutazione del dolore della paziente, delle sue paure e quindi assenza di empatia, sottovalutazione anche delle esigenze della paziente e del suo vissuto, che può condizionare il suo presente e quindi il suo parto e dovrebbe perciò modulare il comportamento dell'operatore <sup>(5)</sup>.

## **2.7 USO INAPPROPRIATO DELLE PROCEDURE E DELLE TECNOLOGIE A DISPOSIZIONE**

Procedure iatrogene, uso abusivo delle metodiche di induzione al parto, immobilizzazione della paziente durante il travaglio e poi il parto. Amniotomia ed esplorazioni vaginali di routine, monitoraggio cardiotocografico in continuo, anche quando non vi è necessità, digiuno prolungato, metodiche di analgesia non effettuate o mal eseguite, assenza della pratica dello *skin to skin*, clampaggio e taglio precoce del cordone ombelicale, trattamento

attivo del terzo stadio, revisione della cavità uterina, anche quando non è necessario, differimento del processo del *rooming-in* <sup>(5)</sup>.

### **3. QUADRO NORMATIVO**

Sulla questione della violenza ostetrica i quadri normativi sono vari. Gli episodi di violenza ostetrica possono verificarsi sia prima del parto, e quindi anche al di fuori della gravidanza, durante la gravidanza, durante il parto e anche dopo il parto. Le normative specifiche adottate dai vari Stati sono varie, ma negli ultimi anni anche l’OMS si è espressa in merito a questa tematica, ma non è stata l’unica organizzazione a farlo; infatti, anche il Consiglio per i diritti umani delle Nazioni Unite e il Consiglio d’Europa si sono espressi su questa tematica. In Italia è stata fatta una proposta di legge, che prevede anche delle sanzioni di carattere penale, ma è dal 2016 in esame al Parlamento.

#### **3.1 QUADRO NORMATIVO INTERNAZIONALE**

L’Organizzazione Mondiale della Sanità, nel 2014, ha rilasciato una dichiarazione che s’intitola “La prevenzione ed eliminazione dell’abuso e della mancanza di rispetto durante l’assistenza al parto presso le strutture ospedaliere” <sup>(1)</sup>, in questa dichiarazione è stato messo in evidenza che in tutto il mondo, sempre più di frequente, le donne vivono episodi di violenza, soprattutto durante la gravidanza, quindi episodi riconducibili a volte prettamente alla sfera della violenza ostetrica. Proprio questi comportamenti potrebbero generare conseguenze nocive e dunque influenzare l’outcome sia materno che fetale. Come tentativo di prevenire, ed eventualmente eliminare, questi comportamenti, l’OMS ha stilato un elenco di linee guida che sarebbe bene che gli Stati dovrebbero implementassero.

Nel 2019, la Relatrice Speciale sulla violenza contro le donne del Consiglio per i diritti umani delle Nazioni Unite, Dubravka Šimonović, ha presentato all'Assemblea Generale il primo rapporto sulla violenza ostetrica. Proprio grazie a questo rapporto la violenza ostetrica è stata collocata all'interno di un quadro molto più ampio di discriminazioni di genere. Secondo la Šimonović, “leggi discriminatorie e stereotipi di genere pericolosi sul ruolo naturale delle donne nella società e nella maternità giocano un ruolo anche nel parto e contribuiscono a limitare l'autonomia e l'agire delle donne” (2).

### **3.2 QUADRO NORMATIVO EUROPEO**

Il Consiglio di Europa con la risoluzione n. 2306, adottata il 3 ottobre 2019 (3), ha per la prima volta affrontato il tema della violenza ostetrica e ginecologica, come una violenza rimasta sconosciuta e nascosta per molto tempo e come continui a esserlo. Il Consiglio d'Europa ha segnalato la necessità di attuare un processo d'assistenza alla nascita basato sull'umanità e sul trattamento dignitoso, ha preso però in considerazione che anche le condizioni difficili di lavoro assieme alle risorse limitate delle strutture ospedaliere possano in qualche modo influenzare queste dinamiche. Per queste ragioni, è stato chiesto all'OMS di implementare le linee guida e di attuare una serie di azioni per contrastare, prevenire e combattere la violenza ostetrica e ginecologica. ha esortato gli Stati Membri ad implementare le linee guida identificate dall'OMS e a realizzare una serie di azioni per contrastare, prevenire e combattere la violenza ostetrica e ginecologica. Esso ha inoltre invitato i ministeri della salute a raccogliere dati sulle procedure mediche, intraprendere studi qualora si verifici il fenomeno e renderli poi pubblici. Ha invitato, poi, gli Stati Membri a condurre campagne di informazione e sensibilizzazione sui diritti delle pazienti, sulla prevenzione e la lotta al sessismo e alla violenza contro le donne,

raccomandando, allo stesso tempo, un finanziamento adeguato alle strutture sanitarie in modo da garantire condizioni di lavoro dignitose per gli operatori sanitari, che possano in qualche modo favorire un'accoglienza rispettosa e premurosa delle pazienti e delle donne in travaglio. Infine, ha sollecitato gli Stati a prevedere meccanismi di denuncia che escludano qualsiasi mediazione, nonché a prevedere sanzioni nei confronti degli operatori sanitari quando i fatti di violenza ginecologica ed ostetrica siano stati accertati.

### **3.3 QUADRO NORMATIVO ITALIANO**

In Italia, nel marzo 2016 è stata presentata alla Camera dei deputati una proposta di legge intitolata “Norme per la tutela dei diritti della partoriente e del neonato e per la promozione del parto fisiologico”<sup>(4)</sup> per ovviare alla problematica della violenza ostetrica e dunque tutelare madre e neonato. Questa proposta di legge è volta ad introdurre nel nostro ordinamento una nuova fattispecie di reato che punisca i responsabili di atti di violenza ostetrica con la reclusione da due a quattro anni, salvo che il fatto costituisca più grave reato. La proposta, però, non è mai stata approvata e è tutt'ora in fase di esame in commissione.

Ciò detto, in Italia non c'è ancora una norma ad hoc che punisca questo tipo di violenza. Infatti, ad esempio, essa potrebbe essere ricondotta al delitto di violenza privata previsto dall'art. 610 c.p.<sup>(5)</sup>, che punisce chiunque con violenza o minaccia costringe altri a fare, tollerare od omettere qualche cosa. Nei casi più gravi potrebbe essere configurata come violenza sessuale. Infine, la violenza ostetrica potrebbe anche essere definita come reato di lesioni personali<sup>(6)</sup> quando l'intervento sanitario indesiderato provochi una malattia nel corpo o nella mente della donna.

L'assenza di una disciplina specifica e di leggi specifiche, sommate alla scarsa conoscenza del fenomeno non fanno altro che rendere ancora più difficoltoso offrire un'adeguata tutela alle vittime.

Si rimane dunque nella speranza che la risoluzione del Consiglio d'Europa, il rapporto delle Nazioni Unite e le varie campagne di sensibilizzazioni, possano in qualche modo contribuire a creare maggiore consapevolezza e dunque una maggiore tutela delle donne durante il parto.

## **4. MATERIALE E METODI**

### **4.1 DISEGNO DELLO STUDIO**

Il disegno di ricerca utilizzato per indagare il fenomeno della violenza ostetrica, in particolar modo in questo caso sulla consapevolezza delle donne a riguardo, è di tipo conoscitivo.

### **4.2 POPOLAZIONE INDAGATA**

La popolazione indagata sono tutte quelle donne che hanno utilizzato i servizi ospedalieri ostetrico-ginecologici, sia durante la gravidanza sia al di fuori di essa; quindi, oltre alle gravide era rivolto a tutte le donne in età fertile e anche a donne in menopausa.

### **4.3 RACCOLTA DATI**

La raccolta dati è avvenuta tramite la somministrazione di un questionario “ad hoc” (vedi allegato), su una piattaforma web chiamata “Survio” durante il mese di febbraio. In questo studio è stata indagata la consapevolezza delle donne su questo fenomeno.

### **4.4 ANALISI STATISTICA**

I dati raccolti sono stati sintetizzati in una tabella su Microsoft Excel (versione 2018), dopodiché è stato utilizzato il software R (versione 4.0.3(2020-10-10)) in cui sono stati costruiti i grafici più idonei. Inoltre, sono state create anche delle tabelle Pivot e i relativi grafici sul software Microsoft Excel (versione 2018). Le rappresentazioni grafiche utilizzate sono il diagramma a barre e l'aerogramma. Poiché risultano i grafici più idonei per la rappresentazione delle variabili qualitative.

## 5 ANALISI STATISTICA

I dati sono stati codificati ed inseriti in un foglio di calcolo del software Microsoft Excel (versione 2018), dove sono state realizzate anche le tabelle pivot ed i grafici pivot. Inoltre, è stato utilizzato anche il software R (versione 4.0.3(2020-10-10)) per la realizzazione dei diagrammi a barre e degli aerogrammi.

L'analisi è stata esclusivamente basata sulla statistica descrittiva, anche perché risulta il tipo di analisi più idoneo per le variabili qualitative, che sono le variabili d'interesse per questo studio.

I dati prelevati sono stati: il luogo di residenza, il livello di istruzione, l'esperienza in ospedale, la conoscenza del termine "violenza ostetrica", la definizione di cosa sia la violenza ostetrica, l'aver avuto esperienza di violenza ostetrica, l'averne parlato con qualcuno, aver reputati questi avvenimenti lesivi per la propria persona, aver dato il proprio consenso, le principali pratiche subite, se è stato chiesto loro il consenso in caso di risposta affermativa, è stato inoltre chiesto se si è consapevoli delle molteplici manifestazioni della violenza ostetrica, ed infine sono state fatte tre domande simili tra di loro che indagavano l'influenza che hanno avuto questi avvenimenti sulle proprie decisioni future, in particolar modo è stato indagato se sia mutata la fiducia negli operatori, se è stata condizionato la propria volontà di avere future gravidanze ed infine se si è stati influenzati sulla struttura a cui rivolgersi in futuro. Infine, è stato chiesto, alle intervistate che avessero piacere di rilasciare una propria testimonianza.



Tutte queste domande sono di tipo qualitativo, di conseguenza si sintetizzano in una variabile quantitativa, in particolar modo una variabile qualitativa nominale e in alcuni casi anche dicotomica.

Tutte queste domande avevano un fattore in comune, quello di capire se le donne siano consapevoli riguardo a questo fenomeno, riguardo ai loro diritti e riguardo ai doveri degli operatori nei loro confronti. Come si vedrà in seguito questa consapevolezza è solo apparente poiché tra le donne che hanno dichiarato di NON aver subito alcun episodio di violenza ostetrica, ben più del 47% non ha rilasciato alcun tipo di consenso agli operatori, che sia esso stato scritto o verbale.

Come ho precedentemente detto le variabili sono tutte di tipo qualitativo nominale e dunque i grafici più idonei sono il diagramma a barre e l'aerogramma.

Entrambi questi grafici rappresentano la frequenza percentuale, che non è altro che la frequenza relativa sottoforma percentuale.

Nel dettaglio per quanto riguarda il diagramma a barre ogni barra rappresenta una modalità della variabile, mentre l'altezza delle barre rappresenta la frequenza percentuale.

Stesso discorso è applicabile anche all'aerogramma, questo non è altro che un diagramma circolare, ogni spicchio di questo grafico rappresenta la modalità della variabile, e la grandezza di ogni spicchio è proporzionale alla frequenza percentuale.

Sul software R per realizzare il diagramma a barre ho calcolato la frequenza assoluta, poi quella relativa ed infine quella percentuale. Dopodiché con la funzione *barplot* ho costruito il grafico.

Per l'aerogramma è stato fatto il medesimo procedimento, prima ho calcolato la frequenza assoluta, poi relative e infine percentuale. Il grafico è stato costruito con la funzione *pie*.

## **5.1 GRAFICI CON UNA SOLA VARIABILE**

Sono stati creati dei grafici con una singola variabile in modo da verificare la prevalenza di una modalità piuttosto che un'altra, questi grafici sono stati fatti per il luogo di residenza, per vedere da che parte provenissero le intervistate, è si può apprezzare da quel grafico che più del 50% delle intervistate proviene dal centro Italia, è stato poi fatto un grafico anche per il livello di istruzione e anche qui più del 50% delle intervistate è risultata avere un livello di istruzione equivalente o superiore alla laurea. È stato creato un grafico per valutare la conoscenza del termine violenza ostetrica da cui è risultato che più del 70% delle donne conoscessero questo termine. È stato realizzato un grafico a torta per vedere la percentuale delle donne che avessero avuto esperienza di violenza ostetrica, e nonostante il campione fosse piccolo, la percentuale di donne che risposero sì a questa domanda è del 17%.

## **5.2 GRAFICI CON DUE VARIABILI**

Dopodiché sono stati realizzati una serie di grafici che mettevano in relazione più di una variabile.

Per cominciare ho voluto indagare se le donne che avessero dichiarato di aver subito violenza ostetrica avessero, o meno, trovato lesivi questi episodi, ed è risultato che quasi il 12% delle donne non li abbia trovati lesivi.

Come seconda correlazione ho usato l'informazione del NON aver sperimentato alcun episodio di violenza ostetrica e l'aver dato o meno il proprio consenso per le pratiche eseguite. Il 47% delle donne non ha rilasciato alcun tipo di consenso, questo denota che le donne non giudicano come comportamento lesivo, irrispettoso il comportamento di un operatore che non chiede loro il consenso, nonostante questo sia sempre e comunque necessario.

Dopodiché ho indagato se ci fosse correlazione tra la conoscenza del termine e quindi del fenomeno della violenza ostetrica e il livello d'istruzione delle intervistate. Ho quindi messo in relazione le donne che hanno dichiarato di conoscere il fenomeno e il loro livello di istruzione, ne è venuto fuori che quasi il 65% delle donne che hanno detto di conoscere la violenza ostetrica hanno un livello d'istruzione equivalente alla laurea o superiore, a seguire in senso decrescente abbiamo la licenza superiore e in ultima quella inferiore.

Ho indagato anche se la violenza ostetrica fosse diffusa in modo disomogeneo o omogeneo tra le parti d'Italia e il risultato è che questo fenomeno è decisamente più presente nel centro Italia.

Il penultimo grafico che ho eseguito sul software R mette in relazione l'aver avuto episodi di violenza ostetrica e l'averne parlato. Ne risulta che quasi l'82% ha parlato con qualcuno dell'episodio o degli episodi.

L'ultimo grafico invece, mette in relazione l'aver avuto episodi e se questo abbia o meno influenzato future decisioni, in particolar modo in questo grafico ho indagato l'influenza sulle future gravidanze.

### 5.3 GRAFICI PIVOT

Per creare un grafico pivot bisogna prima creare la tabella pivot, la tabella pivot è uno strumento di analisi essenziale per poter creare tabelle riassuntive e poi grafici. È necessario questo procedimento per organizzare i dati scegliendo accuratamente i campi e quindi gli elementi che devono completarla.

Sono state quindi create due tabelle pivot, rispettivamente per la domanda cinque del questionario, domanda che indagava la definizione della violenza ostetrica, e la domanda dieci, che indagava quali pratiche avessero sperimentato le donne.

Sono quindi state riportate tutte le opzioni in tabella e poi sono stati creati i grafici.

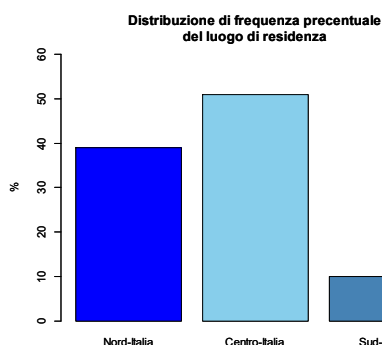
Entrambi i grafici sono diagramma a barre.

Per la prima domanda analizzata notiamo una maggiore frequenza percentuale per la risposta “tutte le precedenti”, quindi che definiva la violenza ostetrica come violenza fisica, verbale, psicologica, assenza di privacy e di consenso.

Per la seconda domanda invece la maggior parte delle donne ha riferito di non aver subito nessuna tra le manovre elencate, ma ci sono state percentuali considerevoli anche di donne che hanno riferito di aver avuto episiotomia e/o manovra di Kristeller.

## 6. RISULTATI

### 6.1 RAPPRESENTAZIONE GRAFICA DI UNA SOLA VARIABILE



In questo grafico è rappresentata la frequenza percentuale del luogo di provenienza delle donne che hanno compilato il questionario. Notiamo che c'è una percentuale maggiore, superiore al 50%, di donne provenienti dal centro Italia, a

Grafico 1

seguire dal nord Italia, con una percentuale di quasi il 40% ed infine dal sud Italia, di circa il 10%.

In questa rappresentazione grafica abbiamo la distribuzione della frequenza percentuale del livello di istruzione delle donne che hanno compilato il questionario, notiamo una percentuale superiore al 50% di donne

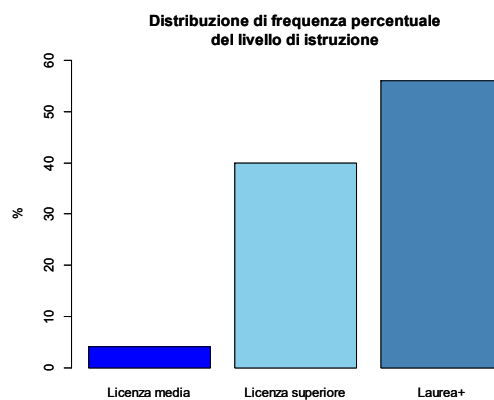


Grafico 3

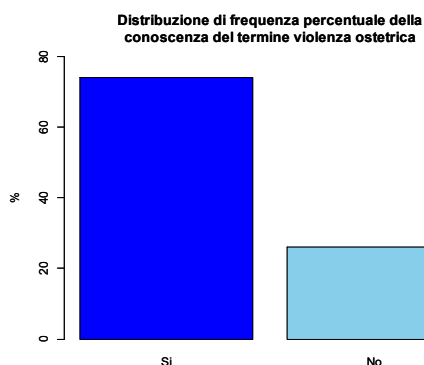


Grafico 2

che

hanno un titolo di studio equivalente o superiore alla laurea, a seguire abbiamo la licenza superiore, con una percentuale che si

asesta intorno al 40%, ed infine una piccola percentuale di donne, ci circa il 5%, con la licenza media.

Nel terzo grafico realizzato abbiamo la distribuzione percentuale della conoscenza o meno del termine e quindi del fenomeno della “violenza ostetrica”, in particolare è stato chiesto alle intervistate se avessero prima d’ora sentito questo termine o meno. Ne è risultato che quasi l’80% ne avesse già sentito parlare, mentre coloro che non ne avevano mai prima sentito parlare sono risultate essere in una percentuale, si minore, ma comunque considerevole.

Questo grafico raffigura la risposta che hanno rilasciato le intervistate alle domande se avessero o meno subito violenza ostetrica. Fortunatamente c’è una netta prevalenza della risposta “no” sul “si”, tuttavia, nonostante l’esiguità del campione, una percentuale del

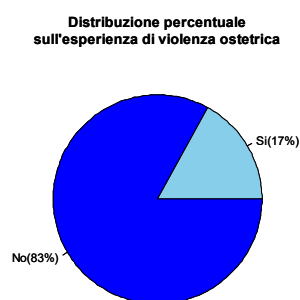


Grafico 4

17% ha dichiarato di aver subito episodi di violenza ostetrica, questa percentuale risulta comunque troppo alta per un fenomeno così corrosivo e così denigratorio nei confronti delle donne, non bisogna dimenticare che la violenza ostetrica rientra nella sfera della violenza di genere.

## 6.2 RAPPRESENTAZIONE GRAFICA DI DUE VARIABILI

Relazione tra l'esperienza della violenza ostetrica e la lesività dell'episodio

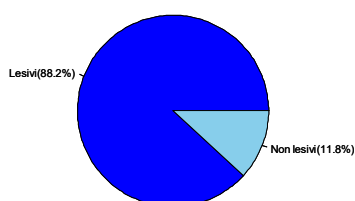


Grafico 5

Ho reputato interessante mettere in relazione tra di loro due variabili, per esempio nel grafico adiacente ho messo in relazione l'aver subito violenza ostetrica con l'aver trovato questo avvenimento lesivo o meno alla propria dignità. Il dato interessante, nonostante siamo davanti ad un campione relativamente piccolo, è che quasi il 12% delle donne ha giudicato come NON lesivi gli episodi di violenza ostetrica. Questa correlazione risente sicuramente della sensibilità di ognuno e probabilmente risente anche della consapevolezza delle donne su questo fenomeno, soprattutto come vedremo nel grafico seguente.

Infatti, in questo grafico ho messo in relazione tutte quelle donne che hanno dichiarato di non aver subito violenza ostetrica con la loro risposta riguardo al consenso, in particolar modo l'aver dato o meno il proprio consenso (verbale o scritto) alle pratiche messe in atto

Relazione tra NON esperienza di violenza ostetrica e la richiesta di consenso

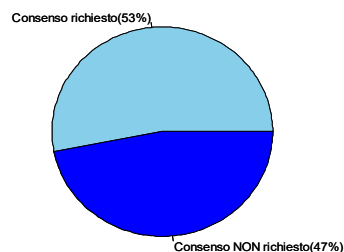
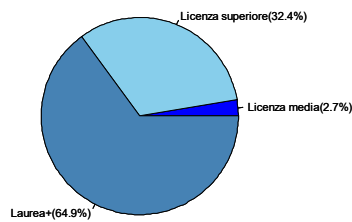


Grafico 6

dagli operatori. Questo a mio avviso è il dato più interessante, poiché ne è derivato che per il 47% delle donne che hanno dichiarato di non aver avuto esperienza di violenza ostetrica non è stato chiesto loro il consenso per le pratiche eseguite. Questo denota sicuramente che le donne non sanno dell'importanza del consenso nel contesto delle pratiche ospedaliere e denota anche che la richiesta di consenso, non effettuata, non rientra tra ciò che può essere considerato, da loro, violenza ostetrica.

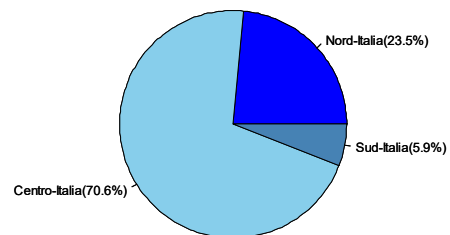
**Relazione tra la conoscenza della violenza ostetrica e il livello di istruzione**



*Grafico 7*

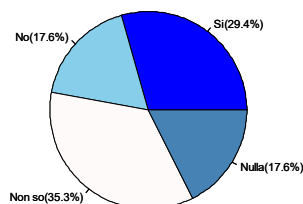
In questo grafico notiamo che la diffusione della violenza ostetrica è disomogenea, in particolare modo notiamo che è più diffusa nel centro Italia e meno diffusa nel sud Italia, con percentuali rispettivamente del 70,6% e 5,9%.

**Relazione tra la presenza di violenza ostetrica e il luogo**



*Grafico 8*

**Relazione tra precedenti episodi di violenza ostetrica e influenza su future gravidanze**



*Grafico 9*

Ho voluto indagare anche se un'eventuale esperienza ostetrica potesse o meno condizionare la scelta di future gravidanze. Buona parte del campione non si è espressa a questo riguardo, tuttavia notiamo che un 17,6% ha dichiarato che non ne sarà condizionato mentre il 29,4% ha dichiarato il contrario. Ho reputato questo dato interessante per misurare la lesività dell'avvenimento. Infatti, nonostante quasi il 12%

Anche in questa rappresentazione grafica abbiamo in relazione due variabili, in particolare modo: la conoscenza della violenza ostetrica e il livello di istruzione. Notiamo che tra tutte le donne che hanno sentito parlare di questo fenomeno, la maggior parte di loro abbia un titolo di studio equivalente o superiore alla laurea, mentre a seguire abbiamo la licenza superiore e infine, una piccola percentuale, di licenza media. Dato coerente con la prevalenza apprezzabile anche dal grafico 2.

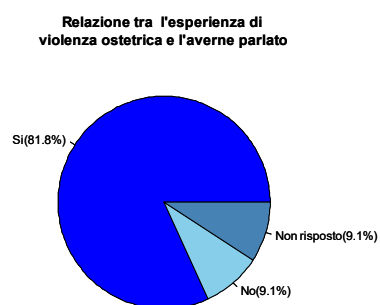
Ho voluto indagare anche se un'eventuale esperienza ostetrica potesse o meno condizionare la scelta di future gravidanze. Buona parte del campione non si è espressa a questo riguardo, tuttavia notiamo che un 17,6% ha dichiarato che non ne sarà condizionato mentre il 29,4% ha dichiarato il contrario. Ho reputato questo dato



delle donne che hanno vissuto episodi di violenza ostetrica abbia dichiarato di non averli trovati lesivi, qua notiamo che in realtà quasi il 30% sarebbe condizionato da questa esperienza per decisioni future, senza tenere in considerazione che ben il 35,3% ha risposto “non so” dunque potenzialmente anche questa percentuale di donne, nel caso peggiore, potrebbe esserne condizionata.

In questo grafico ho voluto indagare se le donne che hanno dichiarato di aver avuto esperienza di violenza ostetrica ne avessero o meno parlato con qualcuno, ho pensato che questo dato potesse essere utile per stimare la consapevolezza delle donne su questo fenomeno e di nuovo su quanto sia stato percepito come un comportamento lesivo.

L'81,8% ha dichiarato di averne parlato, potenzialmente perché l'ha trovato un comportamento lesivo o comunque ingiusto, mentre poco più del 9% non ne ha parlato con nessuno.



*Grafico 10*

### 6.3 Grafici pivot

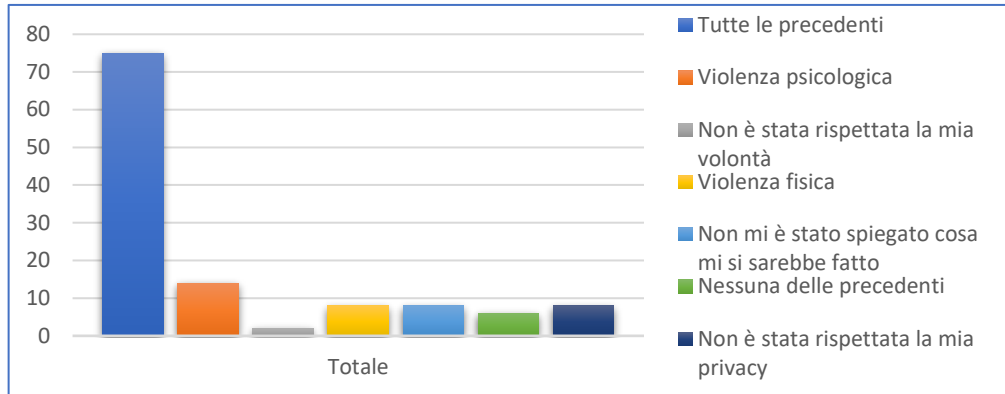


Grafico 11

Questo grafico è stato creato facendo prima una tabella pivot e poi un grafico pivot tutto con il software Microsoft Excel (versione 2018). Qui abbiamo ciò che secondo le donne rientra nel gruppo delle azioni che potrebbero essere considerate violenza ostetrica. Più della metà delle intervistate ha giudicato tutte queste manovre e comportamenti facenti parte della violenza ostetrica, il rimanente si è diviso fra le varie manovre e comportamenti

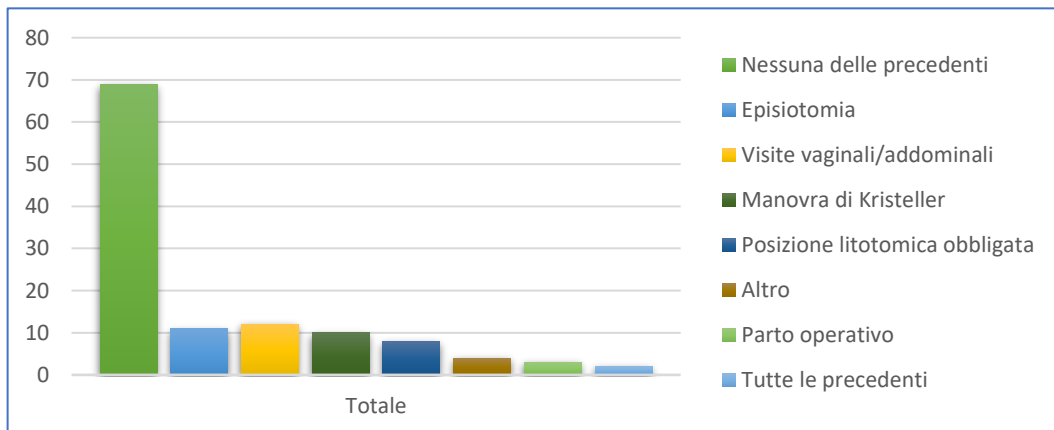


Grafico 12

Anche questo grafico è stato creato facendo prima una tabella pivot e poi il grafico pivot corrispondente, qua sono elencate alcune delle procedure che le donne potrebbero aver sperimentato; fortunatamente la maggior parte delle intervistate ha dichiarato di non

averne ricevuta alcune, tuttavia, la restante parte dichiara di averne sperimentate alcune, le più frequenti sono risultate essere l'episiotomia, la manovra di Kristeller e le visite vaginali/addominali. Altre donne hanno suggerito anche altri comportamenti come ad esempio un uso, secondo il loro giudizio, eccessivo e inadeguato dell'induzione con l'ossitocina.

## 7. DISCUSSIONE

Uno dei risultati più rilevanti di questa tesi riguarda la percezione che hanno le donne del consenso.

Una percentuale del 47% delle intervistate, infatti, nonostante abbia detto di non aver ricevuto alcun episodio di violenza ostetrica poi è la stessa che dichiara che non è stato chiesto il consenso per le pratiche che sono poi state messe in atto dagli operatori.

Queste dichiarazioni contraddittorie sono indice dell'inconsapevolezza delle donne sul fenomeno della violenza ostetrica, in particolar modo sulle sue molteplici manifestazioni; infatti, nonostante le intervistate abbiano dichiarato nelle prime domande del questionario di conoscere il fenomeno, nella domanda del consenso dimostrano di non esserne poi così tanto consapevoli.

Chiedere alle donne il consenso è il dovere di ogni operatore ed è diritto di ogni persona offrirlo o non offrirlo, e se lo ritiene necessario anche revocarlo.

Proprio sulla stessa tematica è stato fatto uno studio di controllo randomizzato <sup>(1)</sup> in cui si è stato dimostrato che la soddisfazione delle pazienti che hanno potuto avere un counselling e che hanno quindi avuto l'opportunità di dare il loro consenso era nettamente maggiore rispetto alle pazienti che non hanno potuto avere questa opportunità.

In uno studio condotto in Nuova Zelanda <sup>(2)</sup>, che si è concentrato in particolar modo condotto sull'importanza del consenso informato nel caso di parto podalico, è stato dimostrato come sia necessario offrire alle donne un'informativa completa e imparziale

sui rischi e sui benefici delle opzioni di trattamento, facendo così fare alle donne una scelta più consapevole.

La conoscenza del fenomeno, tuttavia, non è risultata omogenea all'interno del campione; infatti, tra tutte le donne che dichiarano di conoscerlo solo una piccolissima percentuale, pari al 2,7%, appartiene alle donne con un titolo di studio equivalente alla licenza media, sottolineando quindi come questo fenomeno sia più conosciuto da donne che hanno un livello di istruzione superiore.

In uno studio condotto in Sri Lanka <sup>(3)</sup> è stato indagato qualcosa di simile, è stato valutato come l'età, la posizione sociale o la classe sociale e il *background* linguistico e culturale si intersechino e dunque influiscano sugli episodi di violenza ostetrica nelle strutture sanitarie. Gli autori, di questo studio mirano a rompere la tradizionale cultura del silenzio intorno al fenomeno della violenza ostetrica (silenzio che avvolge il fenomeno anche qui in Italia, dove rimane un argomento tabù, ma anche qualora venisse trattato può essere visto come una violenza di serie b) e portare l'attenzione sulle implicazioni che ne derivano sulla qualità dell'assistenza e riguardo la fiducia delle pazienti nelle strutture o negli operatori responsabili delle cure ostetriche. Ne è risultato che la violenza ostetrica sembra intersecare i sistemi di potere e oppressione legati alle disuguaglianze strutturali di genere, sociali, linguistiche e culturali in Sri Lanka. In particolar modo in questo studio è stato dimostrato come le donne più giovani, le donne più povere e le donne che non parlavano singalese sembravano subire più violenza ostetrica rispetto a quelle con connessioni sociali rilevanti e migliori posizioni economiche.

Anche all'interno del mio campione ho indagato come questo tipo di comportamenti possa influire sulle decisioni future delle pazienti, ed è stato dimostrato come ad esempio una buona percentuale, pari al 29,4%, dichiara che gli episodi di violenza ostetrica vissuti influenzeranno future gravidanze.

Un altro dato analizzato da questo studio, comune anche allo studio condotta in questa tesi, riguarda l'aver discusso dell'eventuale episodio di violenza ostetrica con qualcuno (di competenza in questo ambito o non).

Le donne nello studio condotto in Sri Lanka hanno riferito che raramente hanno parlato di violenza ostetrica alle autorità legali o istituzionali, oppure all'interno delle loro reti informali di supporto sociale. Invece, hanno cercato cure ostetriche, in particolare per il parto, in altri ospedali statali nelle gravidanze successive. Rimarcando quindi la sfiducia che queste donne sviluppano nei confronti degli operatori, poiché scelgono di rivolgersi ad una struttura diversa.

Nello studio condotto in questa tesi è risultato che poco più del 9% delle donne abbia parlato con qualcuno dell'episodio (o degli episodi), confermando dunque ciò che si è evinto dallo studio sopracitato.

Invece in uno studio condotto in Italia <sup>(4)</sup> che aveva due obiettivi:

1. esplorare i tipi e l'incidenza della violenza ostetrica in un gruppo di donne italiane, nonché i fattori sociodemografici associati;
2. valutare se la violenza ostetrica influisca sulla salute mentale delle donne (ad es. disagio psicologico e stress post-traumatico).

È stato dimostrato che più di tre quarti del campione (78,4%) ha subito almeno un tipo di violenza ostetrica (55,5% di **cure non consenzienti** e 66,4% di abusi e violenze). I fattori più associati alla violenza ostetrica erano la giovane età, il basso livello di istruzione (come si evince anche dallo studio condotto in Sri Lanka), la mancata partecipazione a un corso di preparazione al parto prenatale e il parto naturale. La forma di violenza ostetrica che ha maggiormente colpito la salute mentale delle donne è stata quella legata ad abusi e violenze piuttosto che a cure non autorizzate, dunque è forse per questo che le donne non vedono il consenso non richiesto come una delle molteplici forme della violenza ostetrica, definendo quindi così come questo tipo di violenza sia decisamente più lesivo, questo si evince anche dai risultati di questa tesi in quanto il consenso non è neanche annoverato tra i comportamenti rientranti nella sfera della violenza ostetrica.

In uno studio del 2016 <sup>(5)</sup> si è evidenziato come negli ultimi decenni si è incrementato l'uso degli interventi medici anche durante parti a basso rischio ostetrico; quindi, di conseguenza (anche se non giustificabile) è cresciuta la diffusione di pratiche abusive ed irrispettose nei confronti delle donne durante il parto in tutto il mondo.

Infatti, nonostante si faccia tanta ricerca per definire politiche che risolvano questi problemi e si facciano ricerche e scoperte volte al rispetto della fisiologia, provare a cambiare le pratiche è difficile, e questo non dipende solo dagli operatori ma dipende in larga misura anche dalle strutture.

Dal questionario, utilizzato in questa tesi, risulta come la pratica dell'episiotomia sia tra le pratiche più diffuse, proprio a questo riguardo è stato condotto uno studio <sup>(6)</sup>, nel 2019, che tratta proprio dei problemi legati a questa pratica, di cui si potrebbe a volte abusare.

L'obiettivo di questo studio è capire se l'episiotomia, valutata come una procedura invasiva ampiamente applicata, possa o meno costituire un fattore determinante di responsabilità per gli operatori secondo gli standard della violenza ostetrica.

Questa ricerca ha evidenziato l'esistenza di un accordo ad ampio raggio sull'episiotomia di routine, nonostante non ci siano evidenze scientifiche sull'uso routinario di questa procedura, e che pertanto dovrebbe essere evitata. In virtù di ciò, l'episiotomia di routine potrebbe facilmente dar luogo a contenziosi medico legali e responsabilità sia per i medici che per le ostetriche; allo stesso modo, però, anche una sua non esecuzione potrebbe risultare nello stesso esito, qualora invece l'episiotomia fosse necessaria.

Tuttavia, è stato evidenziato come, a differenza dell'episiotomia di routine, è molto più improbabile che l'episiotomia selettiva causi accuse di violenza ostetrica contro gli operatori, ma i criteri per stabilire quando è indicata l'episiotomia e quando non è indicata non sono coerenti e andrebbero stabiliti criteri più chiari e condivisibili da tutta la comunità scientifica.



## 8. CONCLUSIONI

La violenza ostetrica rientra in una sfera di violenza molto ampia, molto discussa e altrettanto problematica che è la violenza di genere.

Dall'esito del questionario condotto in questa tesi ho ricevuto alcuni risultati confortanti, come la bassa percentuale di donne che dichiara di aver subito episodi di violenza ostetrica, o sulla conoscenza di questo fenomeno, tuttavia ci sono stati anche dei risultati non confortanti e dei risultati che hanno parzialmente confermato la mia ipotesi iniziale, ovvero che non tutte le donne abbiano piena consapevolezza di questo fenomeno, di come si può esprimere e come quindi eventualmente riconoscerlo.

Difatti nonostante quasi tutte le donne abbiano dichiarato di conoscere il fenomeno e di saper definire le sue varie sfaccettature, una percentuale considerevole delle stesse non ha annoverato tra le sue varie manifestazioni l'assenza di richiesta di consenso. E questo è il dato che reputo più interessante, perché sulla lesività posso giustificare il non trovare lesivi certi comportamenti dal momento che altri studi abbiano provato che le donne trovino più lesivi solo alcune forme di violenza ostetrica, magari un'assenza di consenso non viene poi giudicata così umiliante.

A tutti gli effetti non chiedere il consenso è un atto di violenza, è un'imposizione degli operatori sulle pazienti, nel momento in cui non si chiede il consenso vuol dire che la paziente non sa né i rischi né tantomeno i benefici; dunque, non ha potuto scegliere e non è consapevole delle conseguenze che potrebbe avere. Se avesse avuto una completa informativa precedente alla richiesta di consenso avrebbe fatto le stesse scelte?

Quante donne sarebbero d'accordo sulla manovra di Kristeller se venissero loro illustrati i rischi di questa manovra quali, giusto per indicarne qualcuno, danno fetali e rottura d'utero?

Quante donne sarebbero d'accordo con l'episiotomia (si intende quando non viene eseguita per necessita ma per accorciare i tempi, o comunque senza preventivamente chiedere il consenso) sapendo che vi è un rischio di infezione della ferita, problemi di incontinenza o comunque più generalmente disfunzioni del pavimento pelvico?

A mio avviso per affrontare questo problema in particolare della violenza ostetrica, quindi l'aspetto inerente al consenso, si potrebbe:

- Offrire un'informativa sulle pratiche potrebbero rendersi più necessarie già in fase di compilazione della cartella clinica, quindi attorno alla trentasettesima settimana di gestazione
- Qualora non si riuscisse ad offrire questa informativa alla compilazione della cartella clinica, introdurla come step del processo del ricovero ospedaliero
- Illustrare i rischi e i benefici delle pratiche più diffuse già nei corsi di accompagnamento alla nascita in modo che le donne, nonostante non debbano ancora decidere se dare il consenso o meno comunque siano già consapevoli su cosa comportino

Per quanto riguarda invece la tematica della violenza ostetrica più in senso lato, si potrebbe:

- Definire questo fenomeno già nei corsi di accompagnamento alla nascita
- Fare campagne di sensibilizzazione

Una donna più consapevole non solo saprà meglio che decisioni prendere ma potrà anche capire ciò che le verrà detto dagli operatori e sicuramente potrà giustificare meglio certi comportamenti.

## 9. BIBLIOGRAFIA

### Capitolo INTRODUZIONE

1. OVOItalia, Le donne e il parto #bastatacere, Italia, 2003-2017, on-line all'URL <https://ovoitalia.wordpress.com/indagine-doxa-ovoitalia/> (ultima consultazione 03/2022)
2. Il POST, Che cos'è la violenza ostetrica, Milano, 2017, on-line all'URL <https://www.ilpost.it/2017/09/20/violenza-ostetrica/> (ultima consultazione 03/2022)
3. OMS, La Prevenzione ed eliminazione dell'abuso e della mancanza di rispetto durante l'assistenza al parto presso le strutture ospedaliere, Geneva, 2014, on-line all'URL [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134588/WHO\\_RHR\\_14.23\\_ita.pdf;sequence=17](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134588/WHO_RHR_14.23_ita.pdf;sequence=17) (ultima consultazione 03/2022)
4. ONU, Dichiarazione dell'eliminazione della violenza contro le donne, 1993, on-line all'URL <https://www.apl-onlus.it/wp-content/uploads/2020/11/dichiarazione-ONU-contro-la-violenza-sulle-donne.pdf> (ultima consultazione 03/2022)
5. Danùbia Mariane Barbosa Jardim, Celina Maria Modena, Obstetric violence in the daily routine of care and its characteristics, Rev Lat Am Enfermagem, 2018.

### Capitolo QUADRO NORMATIVO

1. OMS, La Prevenzione ed eliminazione dell'abuso e della mancanza di rispetto durante l'assistenza al parto presso le strutture ospedaliere, Geneva, 2014, on-line all'URL [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134588/WHO\\_RHR\\_14.23\\_ita.pdf;sequence=17](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134588/WHO_RHR_14.23_ita.pdf;sequence=17) (ultima consultazione 03/2022)
2. Nazioni unite, Report of the Special Rapporteur on Violence against Women, Its Causes and Consequences on online violence against women and girls from a

- human rights perspective, Geneva, 2018,  
<https://digitallibrary.un.org/record/1641160> (ultima consultazione 03/2022)
3. Assemblea parlamentare europea, Obstetrical and gynaecological violence, 2019,  
<http://assembly.coe.int/nw/xml/XRef/Xref-XML2HTML-EN.asp?fileid=28236&lang=en> (ultima consultazione 03/2022)
  4. Progetto di legge della XVII legislatura, Norme per la tutela dei diritti della partoriente e del neonato e per la promozione del parto fisiologico, Roma, 2016,  
<https://www.camera.it/dati/leg17/lavori/stampati/pdf/17PDL0039650.pdf>  
(ultima consultazione 03/2022)
  5. Articolo 610 Codice penale (R.D. 19 ottobre 1930, n. 1398), Violenza privata, 1930, <https://www.brocardi.it/codice-penale/libro-secondo/titolo-xii/capoi/sezione-iii/art610.html> (ultima consultazione 03/2022)
  6. Articolo 582 Codice penale (R.D. 19 ottobre 1930, n. 1398), Lesione personale, 1930, <https://www.brocardi.it/codice-penale/libro-secondo/titolo-xii/capoi/art582.html> (ultima consultazione 03/2022)

## **Capitolo DISCUSSIONE**

1. Paul Burcher, Shazneen Hushmendy, Meredith Chan-Mahon, Megha Dasani, Jazmine Gabriel, Erin Crosby, Unplanned Cesarean Birth: Can the Quality of Consent Affect Birth Experiences? *AJOB Empirical Bioethics*, 2020; 11: 268-274
2. Rhonda Powell, Shawn Walker, Alison Barrett, Informed consent to breech birth in New Zealand, School of Law, University of Canterbury, 2015
3. Dinusha Perera, Ragnhild Lund, Katarina Swahnberg, Berit Schei, Jennifer J., 'When helpers hurt': women's and midwives' stories of obstetric violence in state health institutions, Colombo district, Sri Lanka, *BMC Pregnancy Childbirth*, 2018; 18: 211
4. Cristiano Scandurra, Rosanna Zapparella, Marilina Policastro, Grazia Isabella Continisio, Alessandra Ammendola, Vincenzo Bochicchio, Nelson Mauro Maldonato, Mariavittoria Locci, Obstetric violence in a group of Italian women: socio-demographic predictors and effects on mental health, *Culture, Health & Sexuality*, 2021
5. Michelle Sadler, Mário JDS Santos, Dolores Ruiz-Berdún, Gonzalo Leiva Rojas, Elena Skoko, Patricia Gillen, Jette A Clausen, Moving beyond disrespect and abuse:

addressing the structural dimensions of obstetric violence, *Reproductive Health Matters*, 2016; 24: 47-55

6. S. Zaami, M. Stark, R. Beck, A. Malvasi, E. Marinelli, Does episiotomy always equate violence in obstetrics? Routine and selective episiotomy in obstetric practice and legal questions, *Eur Rev Med Pharmacol Sci*, 2019; 23 (5): 1847-1854

## 10. ALLEGATI

### *Sei consapevole di cosa sia la violenza ostetrica?*

**Ciao a tutte!**

Sono **Oumaima Doumi**, studentessa di **ostetricia** all'Università Politecnica delle Marche.

Per la mia tesi di laurea avevo a cuore la valutazione della **consapevolezza delle donne sulla tematica della violenza ostetrica**, la sapreste riconoscere? L'avete vissuta?

Il questionario è **anonimo**, è rivolte a **tutte le donne**, sia in gravidanza che non e ci vogliono **pochi minuti a compilarlo**. I dati verranno poi elaborati e pubblicati nella mia tesi.

*In caso foste interessate a sapere l'esito di questo studio vi invito a lasciare nell'ultima domanda la vostra mail (indipendentemente da se racconterete o meno la vostra esperienza) e provvederò ad inviarvi l'abstract della tesi.*

#### **1. In che parte d'Italia vivi? \***

*Scegli una risposta*

- Nord-Italia
- Centro-Italia
- Sud-Italia

#### **2. Qual è il tuo livello di istruzione? \***

*Scegli una risposta*

- Licenza media
- Licenza superiore
- Laurea +

#### **3. Hai mai usufruito dell'ospedale per esigenze ostetrico-ginecologiche (pronto soccorso ostetrico, ricovero ospedaliero, sala parto)? \***

*Scegli una risposta*

- Si
- No

**4. Ha mai sentito parlare di violenza ostetrica? \***

*Scegli una risposta*

- Si
- No

**5. Se ne hai sentito parlare sapresti dirmi cos'è?**

Scegli una o più risposte

- Violenza fisica da parte degli operatori
- Violenza psicologica da parte degli operatori
- Non mi è stato spiegato cosa mi si sarebbe fatto
- Non è stata rispettata la mia privacy
- Non è stata rispettata la mia volontà
- Tutte le precedenti
- Nessuna delle precedenti

**6. Senti di aver subito qualche sorta di violenza durante la tua esperienza in ospedale? \***

*Scegli una risposta*

- Si
- No

**7. Se reputi di aver subito qualche sorta di violenza ostetrica, ne hai parlato con qualcuno?**

*Scegli una risposta*

- Si
- No

**8. Se hai vissuto episodi di violenza ostetrica, li hai trovati lesivi alla tua dignità?**

*Scegli una risposta*

- Si
- No



**9. Ti è stato espressamente chiesto il consenso (verbale o scritto) per le manovre e/o decisioni prese dagli operatori durante il parto/visite che hai effettuato? \***

*Scegli una risposta*

- Si
- No

**10. Per semplicità ti elencherò sotto alcune delle pratiche (tra le più diffuse) che potrebbero esserti accadute durante il parto/visite, riesce a dirmi se ne hai subito qualcuna? \***

*Scegli una o più risposte*

- Manovra di Kristeller (spinta sulla pancia)
- Episiotomia (il "taglietto")
- Parto operativo (ventosa/forcipe)
- Posizione litotomica OBBLIGATA (supina sul lettino)
- Visite vaginali/addominali senza consenso/privacy
- Nessuna delle precedenti
- Tutte le precedenti
- Altro...

**11. In caso di risposta affermativa alla precedente domanda, ti era stato espressamente chiesto un consenso che sia esso stato verbale o scritto?**

*Scegli una risposta*

- Si
- No
- Non ricordo

**12. Sei consapevole che la violenza ostetrica (e non) può essere espressa in varie modalità? Es: fisicamente, psicologicamente etc. \***

*Scegli una risposta*

- Si
- No

**13. La tua esperienza di violenza ostetrica (se c'è stata) ti ha condizionato per future visite? Ha condizionato la tua fiducia negli operatori?**

*Scegli una risposta*

- No
- Si

**14. Se hai avuto esperienza di violenza ostetrica durante il parto, questa ha condizionato le tue future gravidanze?**

*Scegli una risposta*

- Si
- No
- Non so

**15. Se hai avuto esperienza di violenza ostetrica, questa condiziona la struttura a cui ti rivolgerai in futuro per eventuali visite/gravidanze?**

*Scegli una risposta*

- Si
- No
- Non so

**16. Se ti fa piacere raccontami la tua esperienza (senza citare luoghi, nome e persone) o lasciami la tua e-mail se ti va, così da mandarti l'estratto di questo studio.**

- *Digitare una o più parole...*