

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI NAPOLI
“L’ORIENTALE”



DIPARTIMENTO DI SCIENZE UMANE E SOCIALI

CORSO DI LAUREA MAGISTRALE
IN
RELAZIONI INTERNAZIONALI

TESI DI LAUREA
IN
TUTELA INTERNAZIONALE DEI DIRITTI UMANI

GLI OBBLIGHI INTERNAZIONALI IN MATERIA DI DIRITTI SESSUALI
E RIPRODUTTIVI E LA VIOLENZA GINECOLOGICA E OSTETRICA
SULLE DONNE

Relatore:

Ch.mo Prof. Giuseppe Cataldi

Correlatrice:

Ch.ma Dott.ssa Marianna Pace

Candidata:

Anna Mandara

MIR/00047

Anno Accademico 2021/2022

INDICE

Introduzione	p. 1
---------------------------	------

CAPITOLO I

Diritti sessuali e riproduttivi e denuncia internazionale del fenomeno della violenza ginecologia e ostetrica	p. 9
1. Diritti sessuali e riproduttivi	p. 9
1.1. Divieto di discriminazione e uguale trattamento.....	p. 18
1.2. Diritto alla vita.....	p. 23
1.3. Diritto all'integrità fisica e divieto di tortura e di trattamenti crudeli, inumani e degradanti.....	p. 24
1.4. Diritto a sposarsi e a fondare una famiglia	p. 28
1.5. Diritto alla vita privata e familiare.....	p. 30
1.6. Libertà d'informazione e diritto all'istruzione.....	p. 31
1.6.1. Diritto al consenso informato e all'autonomia decisionale.....	p. 33
1.7. Diritto alla salute.....	p. 35
1.8. Diritto a beneficiare del progresso scientifico.....	p. 39
2. Ruolo e competenze degli <i>Human Rights Body</i> , delle <i>National Human Rights Institution</i> e delle Nazioni Unite nella protezione e promozione dei diritti sessuali e riproduttivi.....	p. 40
2.1. Monitoraggio da parte delle <i>National Human Rights Institution</i> degli obblighi statali in materia di diritti sessuali e riproduttivi.....	p. 44
3. <i>Human Rights-Based Approach</i> nell'implementazione dei diritti sessuali e riproduttivi.....	p. 45
4. Statement del 1985, 1996, 2014 e 2018 e visione recente sulla violenza ginecologica e ostetrica dell'Organizzazione mondiale della Sanità.....	p. 48
5. Violenza ginecologica e ostetrica, sue tipologie e cause nel Rapporto della Relatrice Speciale sulla violenza contro le donne delle Nazioni Unite del 2019.....	p. 57

6. Rapporto della Relatrice Speciale sul diritto di tutte le persone al più elevato livello possibile di salute fisica e mentale sull'impatto della pandemia da Covid-19 sui diritti sessuali e riproduttivi del 2021..... p. 64
7. Altri contributi alla definizione di violenza ginecologica e ostetrica..... p. 69
8. Tabella riepilogativa delle forme di violenza ginecologica e ostetrica..... p. 73

CAPITOLO II

La giurisprudenza della Corte di Strasburgo, la posizione del Consiglio d'Europa e dell'Unione europea sui diritti sessuali e riproduttivi e sulla violenza ginecologica e ostetrica e la proposta di legge italiana sulla violenza ginecologica e ostetrica..... p. 77

1. Struttura dell'articolo 8 della Convenzione europea dei diritti dell'uomo: campo di applicazione e caratteristiche contenutistiche..... p. 77
 - 1.1. Giurisprudenza della Corte di Strasburgo sui diritti sessuali e riproduttivi p. 81
2. Risoluzione e Rapporto del Consiglio d'Europa sulla violenza ginecologica e ostetrica del 2019..... p. 106
3. Risoluzione del Parlamento europeo sulla situazione della salute sessuale e riproduttiva e relativi diritti nel quadro comunitario del 2021..... p. 112
4. "Violenza ostetrica" nella Proposta di legge italiana sulla tutela dei diritti della partoriente e del neonato e sulla promozione del parto fisiologico del 2016..... p. 117

CAPITOLO III

La risposta legale latinoamericana alla violenza ginecologia e ostetrica... p. 128

1. Situazione legislativa in materia di violenza ginecologica e ostetrica nell'ambito dell'Organizzazione degli Stati Americani..... p. 128
 - 1.1. Uruguay..... p. 131
 - 1.2. Argentina..... p. 133
 - 1.2.1. Protocollo d'intervento argentino per i casi di violenza

ginecologica e ostetrica.....	p. 138
1.2.2. Violenza ginecologica e ostetrica nei confronti delle detenute argentine.....	p. 142
1.2.3. <i>Case Study: Petrella c. Argentina (2014)</i>	p. 143
1.3. Ecuador.....	p. 144
1.4. Portorico.....	p. 144
1.5. Venezuela.....	p. 146
1.6. Bolivia.....	p. 148
1.7. Panama.....	p. 149
1.8. Messico.....	p. 154
1.9. Cile.....	p. 158
1.9.1. <i>Case Study: Cayuhán c. Cile (2016)</i>	p. 166
Conclusioni	p. 169
Bibliografia	p. 174
Documenti ufficiali	p. 181
Giurisprudenza consultata	p. 197
Sitografia	p. 202

Introduzione

La violenza contro le donne è forse la violazione dei diritti umani più vergognosa. Essa non conosce confini né geografia, cultura o ricchezza. Fin tanto che continuerà, non potremo pretendere di aver compiuto dei reali progressi verso l'uguaglianza, lo sviluppo e la pace.

(Kofi Annan)

I diritti delle donne stanno assumendo un'importanza sempre più elevata sia nelle lotte femministe dei Paesi più sviluppati, dove le donne richiedono il riconoscimento statale di una serie di libertà per superare il *gap* di genere della società patriarcale, sia in quelle società dove la donna è resa, giorno dopo giorno, legge dopo legge, remissiva, insignificante, impotente e marginalizzata.

La scelta di iniziare questo lavoro con una celebre citazione di Kofi Annan, Segretario generale delle Nazioni Unite fino al 2006, deriva dalla volontà di inquadrare la violazione dei diritti umani come una vera e propria forma di violenza. Una forma di violenza che è paradossalmente democratica, non nell'accezione chiaramente contraddittoria dei principi liberali, ma poiché colpisce tutte le donne senza distinzione alcuna. Il Segretario generale afferma che, contrariamente a quello che si può pensare, si tratta di una forma di violenza debilitante anche per gli stessi esecutori: come possiamo sperare di vivere in un mondo pacifico e giusto se i più perpetuano schemi di violenza e discriminazione?

Queste parole sono state poi selezionate perché inglobano i due temi oggetto di questa trattazione: la violazione dei diritti umani delle donne e la violenza contro di esse. Nel dettaglio, infatti, si è scelto di parlare dei diritti sessuali e riproduttivi e della violenza ginecologica e ostetrica. Tale decisione è stata spinta dalla crescente rilevanza e attualità del tema in Occidente. Se, come vedremo, gli sforzi per la tutela di questi diritti e per la protezione da questa forma di violenza erano già cospicui nel continente americano, in Europa e a livello di istituzioni internazionali si assisteva a un terribile vuoto legato al riconoscimento sociale del problema (il termine "violenza ostetrica"

era raramente usato sul piano internazionale). Ciò non corrisponde a una assoluta assenza di sensibilità europea al tema: le donne italiane ad esempio avevano iniziato già da tempo a percepire l'ingiustizia di questi trattamenti e a condividere le loro esperienze (sintomatico è l'*hashtag* #bastatacere su Facebook) anche su invito di OVOItalia (Osservatorio sulla violenza ostetrica Italia, iniziativa della società civile che si occupa di dare voce e produrre dati sulla violenza ostetrica in Italia).

Dovremo però aspettare il 2019 affinché alla denuncia di queste donne fosse data voce e nome: attraverso le parole della Rappresentante Speciale per la violenza sulle donne (2015-2021) Dubravka Šimonović, le Nazioni Unite hanno riconosciuto la violenza ginecologica e ostetrica. Ciò non rappresenta solo il rilievo e la contemporaneità del tema in quanto problema transnazionale ma anche in quanto evoluzione della dottrina giuridica: intorno a questa tematica alcuni Stati hanno legiferato, le organizzazioni internazionali hanno denunciato la necessità di un maggiore impegno nel rispetto dei diritti umani, ampliando anche interpretazione e campo di applicazione di tali diritti, e le Corti hanno prodotto sentenze a favore delle sopravvissute a tali violenze.

In riferimento allo stato dell'arte, notiamo enormi passi avanti per quanto riguarda il riconoscimento del fenomeno della violenza ginecologica e ostetrica e dell'importanza della tutela dei diritti sessuali e riproduttivi sia a livello internazionale, vedremo i rapporti delle Nazioni Unite e le dichiarazioni dell'Organizzazione mondiale della Sanità, sia a livello regionale con le dichiarazioni del Consiglio d'Europa e dell'Unione europea e la giurisprudenza della Corte di Strasburgo sui diritti riproduttivi. Purtroppo, se non fosse per i membri dell'Organizzazione degli Stati Americani, il riconoscimento statale della violenza ginecologica e ostetrica e del trattamento dignitoso in ambito riproduttivo sarebbe praticamente assente.

L'autrice di questo lavoro, nel tentativo di voler rendere conto della rilevanza del tema, senza avere la pretesa di essere esaustiva, riprende i momenti salienti che hanno caratterizzato l'evoluzione di questa tematica con l'obiettivo di rappresentare lo stato dell'arte e le tipologie di tutela.

Il lavoro è strutturato secondo una logica sequenziale che va dal macro al micro (dal contesto internazionale a quello statale latinoamericano passando per quello regionale europeo e comunitario) e contemporaneamente da forme di tutela dei diritti e di

riconoscimento della forma di violenza meno vincolanti, sotto forma di raccomandazioni e denunce internazionali, a quelle obbligatorie rappresentate dai testi di legge nazionali, inframmezzate da quelle sovranazionali con la facoltà di orientare le azioni degli Stati membri (Consiglio d'Europa e Unione europea). È in questa strutturazione che con modestia individuamo uno degli aspetti di originalità di questo scritto. La scelta è stata dettata dalla volontà di indagare l'argomento da un piano più generale, ma non per questo generico, fatto di assenza di obbligatorietà ma grande incisività morale, capace di smuovere le "coscienze statali" e portare a un cambiamento, fino ad arrivare a indentificare nella "sensibilità" di ogni nazione la messa al bando di quei comportamenti identificati come violenza ginecologica e ostetrica. Non da ignorare il piano intermedio, all'interno del quale tanto l'influenza sovranazionale del Parlamento europeo, quanto il giudizio della Corte europea dei diritti dell'uomo (capace di orientare il comportamento statale dissuadendolo da determinati atteggiamenti facendo leva sul concreto rischio di essere nel futuro condannati per quelle stesse violazioni che hanno caratterizzato sentenze a sfavore di altri Stati convenuti) determinano una presa di coscienza da parte dei loro membri e, di conseguenza, progresso sociale.

L'elaborato si articola in tre capitoli per rispettare la scelta di riferire sul piano internazionale, regionale e statale, dal meno vincolante a quello con forza di legge.

Il primo capitolo, *Diritti sessuali e riproduttivi e denuncia internazionale del fenomeno della violenza ginecologica e ostetrica*, tratta inizialmente dei diritti sessuali e riproduttivi come ricognizione di diritti già tutelati da norme nazionali e internazionali e in generale da strumenti vincolanti riguardanti i diritti umani. Prima di elencare i singoli diritti costitutivi di questa categoria, vengono portate all'attenzione alcune particolarità dei diritti sessuali e riproduttivi. Innanzitutto, nonostante la trattazione della problematica della violenza ginecologica e ostetrica ci porti a riferire quasi esclusivamente alle donne, troviamo tra i *right-holders* dei diritti sessuali e riproduttivi anche uomini e coppie. Si prosegue fornendo, attraverso un processo costitutivo, la definizione di "diritti sessuali e riproduttivi". Un primo aspetto da considerare sono i principi di *number*, *spacing* e *timing* (libertà di decidere del numero di figli da avere, dell'intervallo tra una gravidanza e l'altra e del momento in cui concepire). Il controllo su questi aspetti risulta possibile soltanto avendo accesso a

pianificazione familiare e contraccettivi. Un secondo aspetto è legato alla facoltà di decidere liberamente (senza coercizione, violenza o discriminazione) della propria sessualità e capacità riproduttiva. Vedremo che questa libertà da condizionamento risulta molto spesso negata alle donne appartenenti a categorie vulnerabili, ad esempio le persone con disabilità sono statisticamente più soggette ad essere sottoposte a sterilizzazione forzata, le persone appartenenti alla comunità LGBT raramente hanno accesso a servizi di salute sessuale e riproduttiva, le donne e le bambine sono sottoposte a pratiche come mutilazione genitale, matrimonio forzato e precoce o violenza sessuale matrimoniale. Terzo e ultimo aspetto è l'obiettivo di assicurare il più alto standard di salute ottenibile in campo sessuale e riproduttivo per cui la pianificazione familiare, la contraccezione e l'assistenza insieme all'educazione dei più giovani risultano alleate indispensabili per migliorare la salute, combattere mortalità e malattie sessualmente trasmissibili e promuovere assistenza medica per aborto sicuro e infertilità.

Segue a questa definizione una rassegna dei principali diritti umani che costituiscono la categoria tutelante la salute sessuale e riproduttiva, scegliendo di focalizzarsi, nella loro analisi, sulla loro eleggibilità e applicazione in tale ambito. Con il diritto alla non discriminazione si tratta non solo il peso che la discriminazione di genere ha sull'“agevolare” la commissione di diverse tipologie di abuso e violenza ma anche la sua caratteristica di indivisibilità, essendo funzionale al godimento di tutti gli altri diritti. Come abbiamo già visto, alcune categorie di donne, dette in stato di vulnerabilità, possono essere maggiormente soggette a subire quella che più avanti affronteremo come violenza ginecologica e ostetrica. Questo fenomeno porta un nome, si parla infatti di discriminazioni multiple, complesse o incrociate come risultanti non semplicemente dalla somma o dalla moltiplicazione di diverse esperienze discriminatorie ma dall'intersezione di esse, un problema socialmente ignorato per la concezione di tipo mono-direzionale della discriminazione. Per quanto riguarda invece il diritto alla vita si è scelto di affrontarlo solo nei riguardi della madre trattando quindi della tutela della donna dalla morte provocata dalla negligenza medica e dai ritardi nell'assistenza medica e nella prevenzione e trattamento delle malattie. La trattazione continua affrontando il diritto all'integrità fisica e il divieto di trattamenti crudeli, inumani e degradanti, come protezione da trattamenti medici invasivi non consensuali

e violenza a livello psicologico e verbale, attraverso insulti, infantilizzazione e minacce. La connessione tra trattamenti degradanti e cure mediche è rafforzata da un Report del 2013 del Rappresentante Speciale delle Nazioni Unite sulla tortura e altri trattamenti inumani e degradanti Juan Méndez che anticipa ciò che individueremo con il nome di “violenza ostetrica”. È proprio il ricorso a un grande numero di documenti ufficiali come questo, soprattutto onusiani, tra i quali report di Rappresentanti Speciali, *General Comment* dei *Treaty Body* e loro sentenze, ad arricchire e completare la trattazione dei fatti in linea con la volontà di portare all’attenzione del lettore l’evoluzione del diritto e le sue interpretazioni innovative. Si prosegue con il diritto a sposarsi e a fondare una famiglia, il diritto alla vita privata e familiare, la libertà d’informazione e il diritto all’istruzione, il diritto al consenso informato e all’autonomia decisionale, il diritto a beneficiare del progresso scientifico e infine il diritto alla salute, inteso non come “diritto a essere in salute” ma ad avere accesso ai servizi sanitari, spesso preclusi ad esempio dalla criminalizzazione di alcune procedure mediche necessarie solo alle donne.

Segue la presentazione di quegli organismi quali *Human Rights Body* e *National Human Rights Institution* che si occupano nello specifico della protezione, promozione e monitoraggio dei diritti sessuali e riproduttivi delineandone le maggiori competenze e sfere d’influenza. Si è scelto poi di completare questa parte maggiormente teorica trattando dello *Human Rights-Based Approach*. Tale *framework* può essere visto come uno degli strumenti più efficaci per l’implementazione dei diritti sessuali e riproduttivi attraverso i principi di partecipazione e inclusione visti come mezzi per il godimento dei diritti e per il loro *empowerment*, aventi anche il fine di permettere di contribuire fattivamente ai processi decisionali che interessano direttamente gli individui. Lo stesso approccio poi impone nel merito dell’accesso alla salute, quale tutela principale dell’esercizio dei diritti sessuali e riproduttivi, il rispetto dei requisiti 3AQ: disponibilità, accessibilità, accettabilità e qualità.

Strumento principale per questa prima sezione e punto di partenza per la trattazione è stato *Reproductive Rights are Human Rights: a Handbook for National Human Rights Institutions* del 2014 realizzato dall’Ufficio dell’Alto commissariato delle Nazioni Unite per i diritti umani, nato con lo scopo di fornire alle *National Human Rights*

Institution strumenti e indicazioni su come integrare i diritti riproduttivi nel proprio lavoro.

Il primo capitolo continua con l'analisi degli *Statement* del 1985, 1996, 2014 e 2018 dell'Organizzazione mondiale della Sanità che fornisce raccomandazioni e buone pratiche per dissuadere da comportamenti che sfociano in “mancanza di rispetto e maltrattamento durante l'attenzione al parto”, analizzandone il progresso a distanza di quattro decenni. A chiudere questo capitolo l'autrice ha scelto di porre il documento che è stata forza motrice di questo elaborato. Si tratta del già citato Rapporto della Relatrice Speciale sulla violenza contro le donne delle Nazioni Unite, Dubravka Šimonović, del 2019 che riconosce per la prima volta internazionalmente il “fenomeno ripetuto e sistematico” della violenza ginecologica e ostetrica parlando di maltrattamenti, sevizie, violenze e violazioni dei diritti umani, fornendo una lista non esaustiva di tali atti patiti dalle donne e individuandone nelle condizioni e nella cultura del lavoro medico la causa e nelle modifiche legislative, nella formazione medica e nella lotta alla discriminazione le soluzioni. Infine, questo Rapporto è accompagnato da quello recentissimo, del 2021, della Relatrice Speciale sul diritto di tutte le persone al più elevato livello possibile di salute fisica e mentale intitolato *Sexual and Reproductive Health Rights: Challenges and Opportunities during the COVID-19 Pandemic*. In questo suo primo Rapporto, la Relatrice Speciale Tlaleng Mofokeng denuncia alcune delle drammatiche conseguenze della riduzione o interruzione della fornitura di servizi legati alla salute sessuale e riproduttiva sia a causa dei divieti di trasporto e mobilità, sia per la decisione di reindirizzarli, in tutto o in parte, alla risposta al virus.

Anche il secondo capitolo, *La giurisprudenza della Corte di Strasburgo, la posizione del Consiglio d'Europa e dell'Unione europea sui diritti sessuali e riproduttivi e sulla violenza ginecologica e ostetrica e la proposta di legge italiana sulla violenza ginecologica e ostetrica*, viene introdotto da un iniziale paragrafo teorico che, in questo caso, tratta del contenuto e del campo di applicazione dell'articolo 8 della *Convenzione europea dei diritti dell'uomo* del 1950 (CEDU). Questa scelta risulta funzionale per introdurre il lavoro di analisi e sintesi volto a ricostruire la giurisprudenza della Corte europea dei diritti dell'uomo in merito ai “diritti riproduttivi”. Questo sforzo di ricostruzione giurisprudenziale ha riguardato il vaglio di 29 sentenze riconducibili al

periodo 2003-2019 suddivise in 11 tematiche. L'assunto che ha spinto l'autrice allo studio e all'inclusione di questi verdetti e che ha giustificato l'iniziale focus teorico si basa sul testimoniare un ampliamento del campo di applicazione dell'articolo 8, nato come forma di protezione della vita privata e familiare. È proprio nell'ingerenza spropositata negli aspetti privati della vita di una donna, quali la sua riproduzione e la sua sessualità, che ci si aspettava, e nella maggior parte dei casi a ragion veduta, il riconoscimento della violazione dei diritti delle ricorrenti.

L'impegno del Consiglio d'Europa per questa tematica, come conseguenza anche del Rapporto della Šimonović, è visibile tanto nella Risoluzione che riconosce il fenomeno delle violenze ginecologiche e ostetriche, quanto nel Rapporto che in maniera innovativa distingue le violenze ginecologiche da quelle ostetriche definendole separatamente.

L'analisi sul piano regionale non può che continuare con l'attestazione, avvenuta nel 2021 attraverso una risoluzione del Parlamento europeo, della situazione della salute sessuale e riproduttiva e relativi diritti nel quadro comunitario. Questo documento è forse, per anno di redazione e riferimento a precedenti strumenti, il più dettagliato e innovativo. A tale proposito citiamo la sensibilità dimostrata dall'Unione nei confronti delle persone transessuali per l'accesso e il rimborso a trattamenti ormonali e dei minori intersessuali per la tutela della loro integrità fisica da trattamenti medici non necessari e da sterilizzazione in caso di riconoscimento giuridico del genere. Ancora si possono citare il riconoscimento del nesso tra cambiamenti ambientali e salute sessuale e riproduttiva, il problema della "povertà mestruale" e infine l'istituzione di un inviato speciale dell'Unione europea e di un capitolo aggiuntivo della relazione annuale sui diritti umani entrambi in riferimento alla salute sessuale e riproduttiva e relativi diritti.

Degna conclusione di questo capitolo è un riferimento a una proposta di legge italiana del 2016 sui diritti della partoriente e del neonato e sulla promozione del parto fisiologico, debitamente esaminata negli aspetti più innovativi, che anticipa il contenuto del terzo capitolo.

L'oggetto del terzo capitolo, *La risposta legale latinoamericana alla violenza ginecologica e ostetrica*, analizza le previsioni legislative in materia di violenza

ginecologica e ostetrica di alcuni degli Stati membri dell'Organizzazione degli Stati Americani attraverso la consultazione delle legislazioni interne. Si è ricercata innanzitutto la presenza di una legge sull'accompagnamento al parto (il primo Paese a emanarla è stato l'Uruguay nel 2001) e di una che criminalizza la violenza ginecologica e ostetrica (il primo Paese a prevedere tale reato è stato il Venezuela nel 2007) per poi procedere a delinearne gli aspetti più importanti come le tutele connesse alle potenziali vittime e alle sopravvissute e le sanzioni specifiche indirizzate agli esecutori. Si è scelto poi di includere due *case study* riguardanti sentenze nazionali (una argentina e una cilena) su casi di violenza ginecologica e ostetrica. In particolare, l'Argentina risulta lo Stato che ha meritato più spazio nella trattazione per le misure speciali prese sul tema, quali l'istituzione di un protocollo d'intervento per questi casi, e per la denuncia della vulnerabilità delle detenute a tali atti.

Prima di lasciare alla lettura, l'autrice desidera ancora una volta presentare questo lavoro come un tentativo di rendere conto della tematica riconoscendo la necessità di abbandonare ogni pretesa di esaustività nonostante l'obiettivo di fornire un quadro quanto più onnicomprensivo e completo. Il risultato finale, uno dei pochi ad affrontare contemporaneamente su più piani spaziale e giuridico (internazionale-raccomandatorio, regionale-sovrannazionale e nazionale-vincolante), ha voluto dare giustizia alla lotta contro l'ennesima forma di svilimento delle donne. Se, nel caso limite, questo elaborato non rappresenta un passo avanti nel percorso di studio della materia e della tematica, è almeno una sufficiente ricognizione teorica e informativa dello stato dell'arte.

Capitolo I

Diritti sessuali e riproduttivi e denuncia internazionale del fenomeno della violenza ginecologica e ostetrica

SOMMARIO: 1. Diritti sessuali e riproduttivi. – 1.1. Divieto di discriminazione e uguale trattamento. – 1.2. Diritto alla vita. – 1.3. Diritto all'integrità fisica e divieto di tortura e di trattamenti crudeli, inumani e degradanti. – 1.4. Diritto a sposarsi e a fondare una famiglia. – 1.5. Diritto alla vita privata e familiare. – 1.6. Libertà d'informazione e diritto all'istruzione. – 1.6.1. Diritto al consenso informato e all'autonomia decisionale. – 1.7. Diritto alla salute. – 1.8. Diritto a beneficiare del progresso scientifico. – 2. Ruolo e competenze degli *Human Rights Body*, delle *National Human Rights Institution* e delle Nazioni Unite nella protezione e promozione dei diritti sessuali e riproduttivi. – 2.1. Monitoraggio da parte delle *National Human Rights Institution* degli obblighi statali in materia di diritti sessuali e riproduttivi. – 3. *Human Rights-Based Approach* nell'implementazione dei diritti sessuali e riproduttivi. – 4. *Statement* del 1985, 1996, 2014 e 2018 e visione recente sulla violenza ginecologica e ostetrica dell'Organizzazione mondiale della Sanità. – 5. Violenza ginecologica e ostetrica, sue tipologie e cause nel Rapporto della Relatrice Speciale sulla violenza contro le donne delle Nazioni Unite del 2019. – 6. Rapporto della Relatrice Speciale sul diritto di tutte le persone al più elevato livello possibile di salute fisica e mentale sull'impatto della pandemia da Covid-19 sui diritti sessuali e riproduttivi del 2021. – 7. Altri contributi alla definizione di violenza ginecologica e ostetrica. – 8. Tabella riepilogativa delle forme di violenza ginecologica e ostetrica.

1. Diritti sessuali e riproduttivi

I diritti sessuali e riproduttivi (spesso semplicemente diritti riproduttivi) sono una classe di diritti poco conosciuta ma che attualmente sta acquistando maggiore rilevanza in relazione al fenomeno della violenza ginecologica e ostetrica (o semplicemente violenza ostetrica).

Di diritti riproduttivi si è parlato sin dagli anni '90 ma solo nei primi anni del 2000 si è stati testimoni di maggiori sforzi internazionali e non indirizzati alla loro tutela.

Ad esempio durante l'*11° International Conference of the International Coordination Committee of National Institutions for the Promotion and Protection of Human Rights*

ad Amman (Giordania) del 5-7 novembre 2012, da cui ne sono derivati la *Dichiarazione* e il *Programma d'Azione di Amman*, si è sottolineata l'esigenza di promuovere i diritti riproduttivi e proteggerli da discriminazione, coercizione e violenza per consentire alle donne e agli uomini di decidere liberamente della propria sessualità¹.

Dal paragrafo 7.3 del *Programma d'azione dell'International Conference on Population and Development* (1994) si evince che proprio la libera decisione (priva quindi di discriminazione, coercizione e violenza) e l'accesso all'informazione come mezzo per realizzarla sono gli obiettivi alla base dell'esercizio dei diritti riproduttivi. Una decisione non solo libera ma anche responsabile, non solo genericamente riguardante sessualità e funzioni riproduttive ma anche pianificazione familiare e diritto al più alto standard di salute ottenibile. In riferimento alla pianificazione familiare in letteratura si fa ampio riferimento a tre principi: *number* (numero di figli desiderato o pianificato), *spacing* (spazio temporale tra una nascita e l'altra) e *timing* (momento del concepimento scelto)².

Ciò che i diritti riproduttivi devono assicurare è la salute riproduttiva, intesa come benessere fisico, mentale e sociale legato alla libertà e autonomia sulla propria capacità riproduttiva e a una vita sessuale soddisfacente e sicura³.

In senso lato, la violazione dei diritti sessuali e riproduttivi può essere individuata come già detto nella mancanza di libertà e autonomia in merito alle decisioni riguardanti aspetti sessuali e riproduttivi a causa anche del mancato accesso a informazioni e nell'esser sottoposto a pratiche dannose, a violenze di diverso genere e persino a mortalità e morbilità.

Come vedremo più avanti, i diritti riproduttivi non sono altro che una ricognizione di diritti già esistenti e tutelati da norme nazionali e internazionali e in generale in strumenti riguardanti i diritti umani, quindi vincolanti a tutti gli effetti.

¹ Ufficio dell'Alto commissariato delle Nazioni Unite per i diritti umani, *Reproductive Rights are Human Rights: a Handbook for National Human Rights Institutions*, UN Doc. HR/PUB/14/6 del 2014, p. 12, <https://www.ohchr.org/en/publications/special-issue-publications/reproductive-rights-are-human-rights-handbook-national>.

² *Ivi*, 13.

³ *Ivi*, 18.

A godere quindi sono tutti gli individui, donne e uomini, e tutte le coppie⁴. Ne risulta che da un lato tutti gli individui, indipendentemente da sesso, genere, identità di genere e orientamento sessuale, sono “*right-holders*” e con questa qualità rivendicano questi loro diritti, dall’altro tutti gli Stati, chiamati a rispettare, proteggere e realizzare i diritti umani e quindi a soddisfare i propri obblighi nei confronti degli individui soggetti alla propria giurisdizione, sono identificati come “*duty-bearers*”⁵. In particolare, per rispettare si intende l’astenersi dall’interferire direttamente o indirettamente nell’esercizio dei diritti umani da parte degli individui, per proteggere si intende impedire che terze parti impongano limiti al godimento di tali diritti e infine per realizzare si intende l’assicurare in senso proattivo la piena realizzazione di questi.

Definire i diritti sessuali e riproduttivi può esser visto come un processo costitutivo: bisogna in effetti considerare che esistono una serie di aspetti che non possono essere esclusi da tale definizione e che a loro volta rappresentano componenti necessarie alla realizzazione dei diritti di cui sopra.

Un primo aspetto della definizione di diritti riproduttivi, come già discusso, è legato ai tre principi di *number*, *spacing* e *timing*, cioè in senso stretto al decidere quanti figli avere, quando e ogni quanto averli, principi di libertà che si scontrano con fenomeni quali le gravidanze forzate facenti parte del fenomeno della schiavitù sessuale. Mettere in pratica questi principi dipende dalla possibilità di controllare la propria capacità riproduttiva che risulta impossibile senza accesso a informazioni e metodi contraccettivi e, in alcuni casi, all’unione matrimoniale, vista in alcune culture e religioni come requisito basilare per fondare un nucleo familiare. L’unione matrimoniale e il diritto a questo sodalizio porta con sé due altre “libertà”: quella di non sposarsi prima di aver raggiunto la maggiore età e quella di non essere costretti a sposarsi⁶, libertà molto spesso negate soprattutto alle bambine e alle giovani donne.

Un secondo aspetto è la facoltà di decidere della propria sessualità e capacità riproduttiva in maniera libera, cioè priva di qualsiasi condizionamento o limitazione come possono essere la coercizione, la violenza o la discriminazione. Sottolineare questo secondo aspetto è estremamente rilevante se si pensa che alcuni gruppi sociali

⁴ *Ivi*, 13.

⁵ *Ivi*, 14.

⁶ *Ivi*, 23.

in stato di vulnerabilità o esclusione vedono i propri diritti riproduttivi spesso negati: le persone con disabilità sono statisticamente più soggette ad essere sottoposte a sterilizzazione forzata, le persone appartenenti alla comunità LGBT raramente hanno accesso a servizi di salute sessuale e riproduttiva, le donne e le bambine sono sottoposte a pratiche come mutilazione genitale, matrimonio forzato e precoce o violenza sessuale matrimoniale⁷.

Terzo e ultimo aspetto è l'obiettivo di assicurare alla donna e all'uomo il più alto standard di salute ottenibile in campo sessuale e riproduttivo. A tal proposito possono essere citati una serie di servizi che devono essere offerti: educazione, pianificazione familiare (per educare al sesso sicuro), anticoncezionali (con il doppio scopo di prevenire malattie sessualmente trasmissibili (MST) e gravidanze indesiderate), aborto (quando legale), assistenza post-aborto, assistenza prenatale e successiva, prevenzione dalle malattie sessualmente trasmissibili (consulenza, *testing* e terapie)⁸, ...

A sostegno di tutto ciò riscontriamo che l'Organizzazione mondiale della Sanità (OMS) cita a proposito di salute sessuale e riproduttiva gli stessi principi individuati sinora: assicurare la scelta di contraccettivi, migliorare la salute di madre e figlio, ridurre le MST e la mortalità materna, eliminare l'aborto non sicuro, fornire assistenza post-aborto e servizi per l'infertilità, promuovere una sessualità sicura⁹, ...

Un'ultima riflessione doverosa da fare sui diritti sessuali e riproduttivi riguarda i loro detentori maschili. Rischiando di risultare ripetitivi, ricordiamo che dei diritti sessuali e riproduttivi godono tutti gli individui e le coppie. Ciò non solo vuol dire che questi diritti riguardano anche gli uomini, contrariamente a quello che si potrebbe pensare, ma che al fine del loro efficace godimento da parte delle donne, gli uomini svolgono un ruolo centrale. All'interno di un nucleo familiare e di una comunità l'uomo influenza le scelte sulla pianificazione familiare (*number, spacing e timing*; preferenze di genere per i figli; uso di contraccettivi)¹⁰. Naturalmente questa influenza è di ostacolo al godimento da parte delle donne dei loro diritti riproduttivi se diventa un'imposizione, evento non raro se guardiamo al rapporto disuguale tra donne e

⁷ *Ibidem*.

⁸ *Ivi*, 23, 29.

⁹ *Ivi*, 24.

¹⁰ *Ivi*, 26.

uomini in molte regioni del mondo. Gli uomini devono essere coinvolti nel processo di applicazione dei diritti riproduttivi per consentire una vita sessuale soddisfacente, per prevenire malattie e disfunzioni ma soprattutto per realizzare la *gender equality*¹¹.

Di seguito è illustrato schematicamente l'impegno internazionale in materia di conferenze e strumenti per l'affermazione dei diritti riproduttivi¹²:

1968	<i>Atto finale della Conferenza di Teheran sui diritti umani</i>	Riconosce i diritti riproduttivi come diritti umani.
1975	<i>Dichiarazione del Messico sull'uguaglianza delle donne e sul loro contributo allo sviluppo e alla pace</i>	Conferma il principio di eguali diritti all'interno della famiglia e il principio dell'inviolabilità del corpo umano.
1985	<i>Dichiarazione di Fortaleza dell'OMS e della corrispettiva panamericana</i>	Tratta della "tecnologia appropriata per la nascita" affermando che il parto non è da considerare come una malattia (risultante nel processo di medicalizzazione) ma come un processo naturale e normale e sancendo il diritto all'assistenza perinatale e quello a essere

¹¹ Ivi, 27.

¹² Ivi, 24-28.

C. A. HERRERA VACAFLOR, *Obstetric Violence in Argentina: a Study on the Legal Effects of Medical Guidelines and Statutory Obligations for Improving the Quality of Maternal Health*, in Tesi di Master of Laws dell'Università di Toronto, 2015, pp. 8-11, https://tspace.library.utoronto.ca/bitstream/1807/70430/1/Herrera_Vacaflor_Carlos_A_201511_LLM_thesis.pdf.

Istituto Nazionale di Statistica dello Stato Plurinazionale della Bolivia, *Encuesta de Prevalencia y Características de la Violencia contra las mujeres – Resultados*, 2016, p. 53, <https://inecloud.ine.gob.bo/owncloud/index.php/s/NlhwW6yQFNg8ZJv/download>.

M. J. ROJAS ROJAS, "La violencia obstétrica como violación de los derechos humano de las mujeres y su situación en Chile. El caso de Lorenza Cayuhán", in *Solonik* 3/2018, p. 49, http://www.fundacionhenrydunant.org/images/stories/Publicaciones_FunHD/Revista%20Solonik/Revista%20Solonik%20N%C2%B03%20Julio%202018.pdf#page=49.

Assemblea Generale delle Nazioni Unite, *Risoluzione adottata dall'Assemblea Generale il 25 settembre 2015 – Trasformare il nostro mondo: l'Agenda 2030 per lo Sviluppo Sostenibile*, UN Doc. A/RES/70/1 del 21 ottobre 2015, pp. 14, 16-18, 25-26, <https://unric.org/it/wp-content/uploads/sites/3/2019/11/Agenda-2030-Onu-italia.pdf>.

Generation Equality Forum, *Action Coalition on Bodily Autonomy and Sexual and Reproductive Health and Rights*, 2021, https://forum.generationequality.org/sites/default/files/2021-03/SRHR_FINAL_VISUAL_EN.pdf.

		protagoniste del parto (partecipazione e valutazione dell'assistenza).
1987	<i>Conferenza internazionale sulla maternità sicura</i>	Si pone l'obiettivo di rafforzare i sistemi sanitari per un'assistenza più competente al parto e alle emergenze ostetriche.
1993	<i>Dichiarazione e Programma di azione di Vienna (Conferenza mondiale sui diritti umani)</i>	Sancisce un consenso globale in materia di diritti riproduttivi e il diritto delle donne a ricevere educazione sessuale.
1994	<i>Conferenza internazionale su popolazione e sviluppo (ICPD), Il Cairo</i>	Inserisce i diritti riproduttivi nell'Agenda globale, riscontra la protezione della salute sessuale e riproduttiva all'interno del contenuto dei diritti umani a livello nazionale e internazionale e riconosce il legame tra crescita demografica e <i>gender gap</i> , successivamente a un periodo in cui c'erano stati sforzi nell'ambito del controllo della fertilità femminile al fine di stabilizzare la crescita della popolazione mondiale. Definisce la salute riproduttiva come lo stato generale di benessere fisico, mentale e sociale e non come la mera assenza di malattie o dolori in tutti gli aspetti riguardanti il sistema riproduttivo, le sue funzioni e i suoi processi.
1995	<i>Congresso sulla donna delle Nazioni Unite di Pechino</i>	Si evidenzia "l'urgente necessità per la donna di un'applicazione

		universale dei diritti e dei principi relativi a uguaglianza, sicurezza, libertà, integrità e dignità di tutti gli esseri umani”.
1995	<i>Dichiarazione e Piattaforma di azione di Beijing (IV Conferenza mondiale sulle donne)</i>	Promuove la salute sessuale e riproduttiva e l’istruzione delle donne.
1996	<i>Safe Motherhood Program</i> e guida <i>Care in Normal Birth</i> dell’OMS	Valutano alcuni interventi come inutili, intempestivi, inappropriati e non necessari a causa della mancanza di distinzione tra gravidanze a basso e alto rischio, portando le donne a limitare la ricerca di aiuto professionale.
2000	<i>Dichiarazione del Millennio (Summit del Millennio, Sezione III su Sviluppo ed eradicazione della povertà)</i>	Tra gli otto <i>Goal</i> della Dichiarazione ben quattro sono legati a diritti e salute sessuale e riproduttiva: 3° MDG (promozione dell’uguaglianza di genere ed <i>empowerment</i> femminile), 4° MDG (diminuzione della mortalità dei bambini sotto i cinque anni di due terzi tra il 1990 e il 2015), 5° MDG (diminuzione della mortalità materna di tre quarti tra il 1990 e il 2015 e accesso universale alla salute riproduttiva per il 2015) e 6° MDG (su HIV/AIDS).
2005	<i>Summit mondiale (follow-up del Summit del Millennio)</i>	Aggiunge al 6° MDG l’obiettivo dell’accesso universale per il 2010 a trattamenti contro HIV/AIDS.
2005	Centro di perinatologia e sviluppo umano	Sottolinea l’importanza di identificare, attraverso controlli, e di

		conseguenza di distinguere tra alto e basso rischio in una gravidanza.
2011	<i>Respectful Maternity Care: the Universal Rights of Childbearing Women della White Ribbon Alliance</i>	Afferma che il “ <i>disrespectful treatment</i> ” porta a violazioni dei diritti delle donne e per questo elenca una serie di diritti da rispettare: divieto di discriminazione, divieto di trattamenti crudeli, inumani e degradanti, diritto all’informazione, diritto al consenso informato e rifiuto di trattamenti medici, diritto all’autodeterminazione e diritto a godere del miglior standard di salute fisica e mentale ottenibile.
2013	<i>XII Conferenza Regionale sulla Donna di America Latina e Caribe</i>	Si fa notare che le violenze in ambito ginecologico e ostetrico sono socialmente accettate come normali e previste nel processo del parto.
2015	Iniziativa <i>Mother-baby friendly birthing facilities</i> della Federazione internazionale di ginecologi e ostetrici	Elenca una serie di criteri e indicatori da rispettare: permettere di adottare la posizione preferita durante il parto, eliminare le restrizioni su cibo e liquidi, assicurare la privacy durante il parto, permettere la presenza di un accompagnatore, evitare pratiche routinarie escluse dai protocolli medici, non discriminare per HIV o per appartenenza a minoranze etniche, fornire servizi di pianificazione familiare indirizzati ai giovani.
2015	Agenda 2030 per lo Sviluppo	Tra i 17 obiettivi del documento,

	Sostenibile	<p>possiamo ricondurre alla salute sessuale e riproduttiva e a i relativi diritti i seguenti: OOS 3: Assicurare la salute e il benessere per tutti e per tutte le età (in particolare 3.7: Entro il 2030, garantire l'accesso universale ai servizi di assistenza sanitaria sessuale e riproduttiva, inclusa la pianificazione familiare, l'informazione, l'educazione e l'integrazione della salute riproduttiva nelle strategie e nei programmi nazionali) e OOS 5: Raggiungere l'uguaglianza di genere ed emancipare tutte le donne e le ragazze (in particolare 5.6: Garantire accesso universale alla salute sessuale e riproduttiva e ai diritti in ambito riproduttivo, come concordato nel Programma d'Azione della Conferenza internazionale su popolazione e sviluppo e dalla Piattaforma d'Azione di Pechino e dai documenti prodotti nelle successive conferenze).</p>
2021	<i>Action Coalitions di Generation Equality Forum Mexico/France</i>	<p>La terza <i>Action Coalition, Bodily autonomy and sexual and reproductive health and rights (SRHR)</i>, è organizzata nei seguenti punti: ampliare l'educazione sessuale comprensiva (raggiungere bambini e adolescenti all'interno e</p>

		all'esterno delle scuole); aumentare disponibilità, accessibilità, accettabilità e qualità dei servizi di aborto e contraccezione comprensiva (supportare la rimozione delle restrizioni e delle barriere legali); aumentare la libertà decisionale e l'autonomia sul proprio corpo, sulla propria sessualità e riproduzione (supportare il cambiamento delle norme e sensibilizzare sui diritti umani); rafforzare le organizzazioni e i network femminili che si occupano di promuovere e proteggere autonomia corporea e SRHR.
--	--	---

1.1. Divieto di discriminazione e uguale trattamento

Sono numerosi gli strumenti internazionali che sanciscono il diritto alla non discriminazione e all'uguale trattamento. Ne possiamo citare alcuni: *Patto delle Nazioni Unite sui diritti civili e politici* (articolo 2 paragrafo 1, articoli 3 e 26), *Patto delle Nazioni Unite sui diritti economici, sociali e culturali* (articolo 2 paragrafo 2), *Convenzione sui diritti del fanciullo* (articolo 2 paragrafo 1), *Convenzione europea sui diritti dell'uomo* (art. 14), *Convenzione americana sui diritti umani* (art. 1), *Convenzione africana sui diritti dell'uomo e dei popoli* (art. 2), *Convenzione sull'eliminazione di tutte le forme di discriminazione contro le donne* (artt. 1, 2), *Convenzione su tutte le forme di discriminazione razziale* (art. 1), *Convenzione sulla protezione dei diritti delle persone con disabilità* (art. 3; art. 5, di fronte la legge; art. 6, doppia discriminazione per donne e ragazze affette da disabilità) e *Convenzione universale su bioetica e diritti umani* (art. 11). Inoltre alcuni di questi strumenti (*Convenzione sull'eliminazione di tutte le forme di discriminazione contro le donne*,

art. 4; *Convenzione sull'eliminazione di tutte e forme di discriminazione razziale*, art. 1; *Convenzione sulla protezione dei diritti delle persone con disabilità*, art. 5) possiedono previsioni per adottare misure temporanee al fine di assicurare uguaglianza *de facto*.

In particolare, l'articolo 2 della *Convenzione sull'eliminazione di tutte le forme di discriminazione contro le donne* prevede una serie di azioni che gli Stati ratificanti dovrebbero mettere in pratica per promuovere l'effettiva uguaglianza: inserire il principio di uguaglianza nelle costituzioni e legislazioni nazionali; adottare misure per proibire discriminazioni contro le donne; istituire protezione legale per i diritti delle donne; astenersi da pratiche o atti discriminatori; abolire e abrogare leggi, regolamenti, provvedimenti penali, costumi e pratiche discriminatorie. In più, l'articolo 12 della stessa *Convenzione* sancisce l'uguaglianza tra uomo e donna nell'accesso ai servizi medici.

Inoltre, l'articolo 25 della *Convenzione sulla protezione dei diritti delle persone con disabilità* richiede agli Stati di assicurare uguale accesso ai servizi sanitari per persone con disabilità e nello specifico ai servizi legati alla salute sessuale e riproduttiva. Se da un lato bisogna riconoscere che anche i disabili hanno rapporti sessuali, dall'altro è importante notare che chi possiede disabilità, soprattutto nel caso siano intellettive, sono più soggetti, perché vulnerabili, ad abusi e violenze di stampo sessuale nell'ambito della assistenza sanitaria sessuale e riproduttiva.

Il concetto di non discriminazione non è solo un diritto in sé ma è anche un diritto funzionale al godimento di altri. Considerando dunque i trattamenti discriminatori nei confronti delle donne, diventa evidente che risulta difficile assicurare assistenza sessuale e riproduttiva e pratiche sessuali sicure: ad esempio può risultare impossibile per le donne rifiutare rapporti sessuali o pratiche sessuali non sicure e responsabili (violenza sessuale coniugale e mancanza di autonomia decisionale sulla propria sessualità)¹³.

Infatti, violazioni del diritto alla non discriminazione nell'ambito della salute sessuale e riproduttiva sono riscontrate nel negare un trattamento medico senza consenso del marito, padre o terzo (discriminazione in base allo status civile) e negare servizi

¹³ *Ivi*, 91-92.

sanitari sessuali e riproduttivi o autonomia decisionale sulla pianificazione familiare a persone affette da disabilità (discriminazione in base alla disabilità)¹⁴.

La realizzazione dell'uguaglianza e della non discriminazione non è sempre associabile al concetto di parità di opportunità e trattamento poiché nell'ottica dell'equo trattamento si necessita in alcuni casi, come quello riferito ai gruppi vulnerabili e svantaggiati, di trattamenti speciali che consentano a questi individui di raggiungere la piena uguaglianza¹⁵.

Come vedremo, le violenze in ambito riproduttivo e quindi la violenza ginecologica e ostetrica è più probabile che colpisca donne che si trovano in situazione di vulnerabilità perché magari appartenenti a minoranze razziali, etniche o religiose, di estrazione socio-economica bassa, migranti, con fedina penale macchiata o incarcerate, con disabilità, adolescenti, affette da HIV, nubili, anziane o appartenenti alla comunità LGBT¹⁶.

Questa triste condizione è stata anche riconosciuta a livello internazionale dall'Organizzazione delle Nazioni Unite (ONU) all'interno del paragrafo 22 della *General Recommendation No. 24 (1999): Article 12 of the Convention (Women and Health) (A/54/38/Rev.1)* del Comitato delle Nazioni Unite per l'eliminazione della discriminazione contro le donne, in cui si afferma che le discriminazioni basate sul genere in ambito sanitario possono condurre a rischi per la salute mentale delle donne. Un'ulteriore riflessione sul legame tra discriminazione e salute sessuale e riproduttiva delle donne viene realizzata all'interno del paragrafo 21 della *General Recommendation No. 27 on Older Women and Protection of their Human Rights (CEDAW/C/GC/27)* del 2010 del Comitato delle Nazioni Unite sull'eliminazione delle discriminazioni contro le donne. In questo caso si lamenta da un lato che mancano in molti casi servizi e attenzione accademica riguardante le condizioni di salute delle donne più anziane e nello specifico la menopausa e la fase biologica femminile post-riproduttiva, dall'altro mancano informazioni accettabili, accessibili e

¹⁴ *Ivi*, 91, 94.

¹⁵ *Ivi*, 78.

¹⁶ C. ZAMPAS, A. AMIN, L. O'HANLON, A. BJERREGAARD, H. MEHRTASH, R. KHOSLA, Ö. TUNÇALP, "Operationalizing a Human Rights-Based Approach to Address Mistreatment against Women during Childbirth", in *Health and Human Rights Journal*, 22(1)/2020, p. 253, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7348458/pdf/hhr-22-01-251.pdf>.

appropriate per gli anziani su salute sessuale e HIV/AIDS (superando il mito che le donne in età avanzata non praticano rapporti sessuali¹⁷). Inoltre, il Comitato delle Nazioni Unite sui diritti del fanciullo in due occasioni fa riferimento all'interconnessione tra discriminazione e violazione dei diritti sessuali e riproduttivi dei minori: paragrafo 40 del *General Comment No. 3 (2003): HIV/AIDS and the Rights of the Child* (CRC/GC/2003/3) dove si afferma che i bambini subiscono atteggiamenti discriminatori se affetti da HIV e/o se figli o orfani di genitori sieropositivi, e paragrafo 60 del *General Comment No. 9 (2006): The Rights of Children with Disabilities* (CRC/C/GC/9) in cui si denuncia la pratica di sterilizzazione forzata delle adolescenti affette da disabilità (ciò, come verrà affrontato più avanti, costituisce anche una violazione dell'integrità fisica di questi individui) che hanno chiaramente degli effetti a lungo termine sia sulla salute fisica sia sulla salute mentale di queste giovani donne.

Le discriminazioni contro gruppi vulnerabili raramente si presentano isolatamente, in letteratura si parla infatti di discriminazioni multiple, complesse o incrociate. Secondo la teoria della discriminazione incrociata, le discriminazioni non sono indipendenti ma correlate e fuse in sistemi discriminatori che non sono semplicemente il risultato di aggiunte o moltiplicazioni ma creati da esperienze subite da individui situati all'intersezione di queste discriminazioni¹⁸. La discriminazione incrociata è stata affrontata anche dal Comitato delle Nazioni Unite sull'eliminazione di tutte le forme di discriminazione razziale nel suo *General Recommendation No. 25 (2000): Gender Related Dimensions of Racial Discrimination* (A/55/18).

Purtroppo la società contemporanea considera erroneamente le discriminazioni come reciprocamente esclusive, trattandole così separatamente, e tende a suddividere ostilmente gli individui in categorie nette (approccio mono-direzionale)¹⁹. Un chiaro esempio possiamo riscontrarlo nel *Report (A/HRC/4/32)* del 2007 del Relatore Speciale sui diritti degli indigeni al Consiglio dei diritti umani delle Nazioni Unite. Il Relatore Speciale cita un caso di tripla discriminazione legata alla salute sessuale e riproduttiva riguardante una donna appartenente a una comunità indigena e di

¹⁷ Ufficio dell'Alto commissariato delle Nazioni Unite per i diritti umani, *Reproductive Rights are Human Rights: a Handbook for National Human Rights Institutions*, p. 81.

¹⁸ C. GUILLEUX, "Multiple and crossed discriminations", Conferenza e simposio, in *Calenda*, 15 settembre 2015, <https://calenda.org/338928>.

¹⁹ *Ibidem*.

condizioni economiche scarse, riscontrando che in casi del genere venivano registrati tassi più alti di mortalità infantile e più bassi di accesso ad assistenza medica durante il parto. Non solo i servizi sanitari operano una discriminazione su soggetti perché donne, indigene e povere, ma tendenzialmente queste stesse donne sono discriminate all'interno della loro stessa comunità, attraverso ad esempio matrimoni forzati e stupri. Come affermato nel paragrafo 22 del *General Comment No. 2 (2008): Implementation of Article 2 by States Parties (CAT/C/GC/2)* realizzato dal Comitato delle Nazioni Unite contro la tortura, il genere “*intersects*” con altre caratteristiche come razza, nazionalità, religione, orientamento sessuale, età, status di migrante, ... determinando il rischio di tortura o maltrattamenti, in altre parole si tratta di violenze nate dall'intersezione del genere con un'altra caratteristica normalmente causa di discriminazione. Alcuni esempi li fornisce il Comitato delle Nazioni Unite sui lavoratori migranti nel *General Comment No. 1 on Migrant Domestic Workers (CMW/C/GC/1)* del 2011 che riconosce il perpetuarsi di situazioni incongrue come il ritiro del permesso di lavoro a donne migranti in stato di gravidanza o positive all'HIV, l'essere costrette a sottoporsi a test obbligatori riguardanti salute sessuale e riproduttiva ledendo la loro dignità (par. 22), l'essere escluse dai servizi di sicurezza sociale (par. 24), affermando che in realtà queste donne dovrebbero godere degli stessi benefici legati alla maternità che sono riconosciuti alle cittadine dei singoli Stati (par. 38) e che gli Stati dovrebbero porre maggiore attenzione a questa categoria di donne in stato di gravidanza che proprio per paura di essere espulse non si rivolgono alle autorità sanitarie (parr. 43 e 44) mettendo a rischio la propria vita e quella del nascituro. Infine, un'ulteriore tipologia di discriminazione è quella indiretta derivata dalla nozione patriarcale dell'inferiorità della donna e dalla concezione stereotipata dei ruoli di genere (come citato anche dall'articolo 5 della *Convenzione internazionale sull'eliminazione di tutte le forme di discriminazione contro le donne*), che si concretizza ad esempio nel caso in cui un datore di lavoro decida di non assumere una donna solo per l'eventualità che questa potrebbe avere dei figli in futuro²⁰.

²⁰ Ufficio dell'Alto commissariato delle Nazioni Unite per i diritti umani, *Reproductive Rights are Human Rights: a Handbook for National Human Rights Institutions*, p. 91.

1.2. Diritto alla vita

Il diritto alla vita è il diritto inderogabile per eccellenza protetto in tutti gli strumenti internazionali e regionali sui diritti umani: *Dichiarazione universale dei diritti umani* (art. 3), *Patto delle Nazioni Unite sui diritti civili e politici* (art. 6), *Convenzione sui diritti del fanciullo* (art. 6 su vita, sopravvivenza e sviluppo del fanciullo), *Carta africana dei diritti dell'uomo e dei popoli* (art. 4), *Carta araba dei diritti dell'uomo* (art. 4) e *Convenzione europea dei diritti dell'uomo* (art. 2).

Come suggerisce l'inserimento nel precedente elenco dell'articolo 6 della *Convenzione sui diritti del fanciullo*, nel contesto dei diritti riproduttivi il diritto alla vita si riferisce tanto a quella della madre quanto a quella del feto o neonato.

A questo riguardo il Relatore Speciale sul diritto di tutti a godere del più alto standard di salute ottenibile, nel paragrafo 21 della nota all'Assemblea Generale A/61/338 del 2006 *The Right of Everyone to the Enjoyment of the Highest Attainable Standard of Physical and Mental Health*, individua tre tipologie di "ritardi" che concorrono a determinare il fenomeno della mortalità materna: 1) ritardo nel cercare aiuto medico in caso di emergenza ostetrica a causa degli alti costi, dell'incapacità di riconoscere l'emergenza, della scarsa istruzione, delle scarse informazioni disponibili e della disuguaglianza di genere; 2) ritardo nel raggiungere le strutture sanitarie appropriate come conseguenza di distanza e mancanza di infrastrutture e trasporti; 3) ritardo nel ricevere assistenza adeguata nelle strutture per carenza di personale, assenza di utenze come elettricità o acqua o di forniture mediche.

La protezione del diritto alla vita in ambito sessuale e riproduttivo previene anche misure positive come la prevenzione e il trattamento di malattie come l'HIV²¹ o, come si legge all'interno dell'articolo 6 del *Patto delle Nazioni Unite sui diritti civili politici*, la prevenzione da fenomeni come la già citata mortalità legata a gravidanza e parto, l'infanticidio femminile, le vedove bruciate e la morte/omicidio per dote.

Sfortunatamente, cultura e religione sono i maggiori impedimenti al godimento dei diritti umani. Per questo è importante non ignorare l'influenza della morale e dei

²¹ *Ivi*, 95.

costumi di una realtà sociale: d'altronde le mutilazioni genitali femminili (MGF), i matrimoni infantili e la svalutazione delle donne provengono da lì²². Se si vogliono affrontare questi ostacoli in contesti fortemente religiosi è fondamentale collaborare con le autorità religiose locali, coinvolgendoli attraverso un dialogo rispettoso basato su argomentazioni di stampo religioso e dati reali riguardanti, in questo caso, il diritto alla vita attraverso l'utilizzo della lingua madre delle autorità²³.

1.3. Diritto all'integrità fisica e divieto di tortura e di trattamenti crudeli, inumani e degradanti

Tutti gli individui hanno diritto al controllo del proprio corpo, incluso nei riguardi della loro sessualità e capacità riproduttiva. In questo specifico ambito una violazione del diritto all'integrità personale si realizza se si viene sottoposti a interventi o altri trattamenti medici senza consenso libero e informato, come nel caso di aborto o sterilizzazione forzata. Questi atti sono considerati, prima tra tutti dall'Organizzazione delle Nazioni Unite, come potenziali violazioni della *Convenzione contro la tortura e altri trattamenti crudeli, inumani e degradanti* (articoli 2 e 16)²⁴. La suddetta *Convenzione*, come anche affermato all'interno del paragrafo 18 del *General Comment No. 2 (2008): Implementation of Article 2 by States Parties (CAT/C/GC/2)* realizzato dal Comitato delle Nazioni Unite contro la tortura, include negli atti proibiti anche quelli legati alla violenza di genere come stupro (molto spesso “*racial bias-motivated*”²⁵, cioè motivato sulla base del pregiudizio, *bias*, razziale), violenza domestica, mutilazioni genitali femminili (che purtroppo avvengono anche in strutture ospedaliere), *trafficking*, privazione della libertà e trattamenti medici che riguardano decisioni di carattere riproduttivo²⁶. Allo stesso modo tutti questi atti possono costituire violazioni dell'articolo 7 del *Patto delle Nazioni Unite sui diritti civili e*

²² *Ivi*, 91-92.

²³ *Ivi*, 97.

²⁴ *Ivi*, 100.

²⁵ Comitato delle Nazioni Unite sull'eliminazione di tutte le forme di discriminazione razziale, *General Recommendation No. 25: Gender Related Dimensions of Racial Discrimination*, UN Doc. A/55/18 del 20 marzo 2000, par. 2, http://peacewomen.org/sites/default/files/ohchr_generalrec25_march2000_0.pdf.

²⁶ Ufficio dell'Alto commissariato delle Nazioni Unite per i diritti umani, *Reproductive Rights are Human Rights: a Handbook for National Human Rights Institutions*, pp. 100, 138.

politici.

Possedendo la caratteristica di inderogabilità, il divieto di tortura è presente in un ampio numero di strumenti internazionali tra cui possiamo citare, oltre i due analizzati precedentemente, la *Convenzione europea dei diritti dell'uomo* (art. 3), la *Convenzione americana sui diritti umani* (art. 5 parr. 1 e 2), la *Carta africa sui diritti dell'uomo e dei popoli* (art. 5) e quella *araba* (art. 5), la *Dichiarazione universale dei diritti umani* (art. 4) e la *Convenzione sull'eliminazione della violenza contro le donne* (art. 1). In particolare, i paragrafi 1 e 2 dell'articolo 5 della *Dichiarazione americana sui diritti umani* considera lesioni all'integrità personale tutte quelle azioni non solo con effetti sul piano fisico ma anche sul piano psichico e morale, potendo dunque affermare che questo diritto è violato nel momento in cui la donna è sottoposta a pratiche mediche invasive e non consensuali²⁷. Allo stesso modo la violazione del diritto all'integrità per mezzo della commissione di trattamenti crudeli, inumani e degradanti si verifica a causa di tutte quelle pratiche svilenti come aggressione verbale, insulti e commenti umilianti, insensibilità dei sanitari di fronte al dolore provato dalla donna, ignorare la partoriente e le sue domande (trattandola come un corpo, un'incubatrice umana) e infantilizzazione della stessa²⁸ (comunicazione sbrigativa e falsamente tranquillizzante senza rivolgersi direttamente alla donna usando strutture verbali passive e impersonali come la terza persona singolare della voce verbale²⁹).

Come già anticipato, la violenza in ambito riproduttivo può colpire anche a livello psicologico, potendo comunque andare a costituire una violazione del divieto di trattamenti crudeli, inumani e degradanti, nello specifico art. 7 del *Patto delle Nazioni Unite sui diritti civili e politici*. Nel 2005 fu riscontrata una violazione del suddetto articolo 7 e di altre doglianze all'interno della sentenza del Comitato sui diritti civili e politici delle Nazioni Unite per il caso *K.L. c. Perù* (2003). Nello specifico le doglianze riguardavano l'articolo 7 (divieto di tortura e trattamenti inumani e degradanti), l'articolo 17 (diritto alla vita privata), articolo 24 (misure protettive applicate a minori)

²⁷ L. F. BELLÌ, "La violencia obstétrica: otra forma de violación a los derechos humanos", in *Revista Redbioética/UNESCO*, 4,1(7)/2013, p. 31, <https://ri.conicet.gov.ar/bitstream/handle/11336/12868/Art2-BelliR7.pdf?sequence=2&isAllowed=y>.

²⁸ *Ivi*, 32.

²⁹ L. LOMBARDI, "Interazioni in sala parto. Le parole della medicalizzazione", in *ingenere*, 20 aprile 2015, <https://www.ingenere.it/articoli/interazioni-sala-parto-parole-medicalizzazione>.

e l'articolo 2 (assenza di rimedi) del *Patto delle Nazioni Unite sui diritti civili e politici*. Il caso riguarda una diciassettenne incinta di un bambino affetto da una grave deformità che aveva richiesto di praticare un aborto (legale in Perù)³⁰. La ragazza fu purtroppo ostacolata dal direttore dell'ospedale che affermava di poter acconsentire all'aborto solo in caso rischio alla vita o alla salute della giovane donna³¹. Dopo il parto sfortunatamente il neonato morì e K.L. cadde in una profonda depressione che la portò ad aver bisogno di trattamenti psichiatrici³². Il Comitato riconobbe la violazione dell'articolo 7 per la sofferenza psicologica, equiparata a un trattamento inumano, provocata in un soggetto vulnerabile (minore)³³. Si recriminò che era evidente che senza il ricorso all'aborto ci sarebbero stati effetti sulla salute della donna, che effettivamente si verificarono a livello psicologico, a cui si aggiunse il rischio per la vita determinato sempre dallo stato di malessere mentale³⁴. La depressione di K.L. fu determinata dal dover proseguire la gravidanza, dalla visione delle deformità della figlia e dal sapere che sarebbe morta a breve (dopo quattro giorni)³⁵. Vennero anche riconosciute le violazioni dell'articolo 17 per l'interferenza arbitraria del direttore dell'ospedale in un caso rientrante in una delle possibilità previste per l'aborto legale (rischio per la vita della madre), dell'articolo 24 dato che K.L. non aveva ottenuto le cure speciali necessarie in qualità di minore e dell'articolo 2 in combinato disposto con tutti i precedenti per non aver avuto accesso a rimedi legali per mancanza di informazioni³⁶.

L'essenza di questa sentenza e la sofferenza sperimentata da K.L. sono ampiamente percepiti nel monito del Comitato dei diritti umani delle Nazioni Unite contenuto nel paragrafo 8 del suo *General Comment No. 36 (2018) on article 6 of the International Covenant on Civil and Political Rights, on the right to life (CCPR/C/GC/36)* in cui gli Stati vengono sollecitati a fornire accesso sicuro, legale ed effettivo all'aborto nei casi in cui la vita e la salute della donna o della ragazza (come nel caso di K.L.) sono messi

³⁰ Comitato delle Nazioni Unite sui diritti civili e politici, *Case K.L. v. Peru*, Decisione n. CCPR/C/85/D/1153/2003 del 22 novembre del 2005, ¶¶ 2.1-2.2, https://www.escr-net.org/sites/default/files/caselaw/decision_0.pdf.

³¹ *Ivi*, ¶ 2.3.

³² *Ivi*, ¶ 2.6.

³³ *Ivi*, ¶¶ 6.2-6.3.

³⁴ *Ibidem*.

³⁵ *Ivi*, ¶ 6.3.

³⁶ *Ivi*, ¶¶ 6.4-6.6.

a rischio o quando il portare a termine la gravidanza causerebbe alla gestante una considerevole sofferenza, in particolare nei casi in cui la gravidanza è stata frutto di stupro o incesto.

Il Relatore Speciale sulla tortura e i trattamenti crudeli, inumani e degradanti ha ampiamente riferito al Consiglio dei diritti umani delle Nazioni Unite sui maltrattamenti in relazione all'assistenza medica sessuale e riproduttiva. Nell'*Informe del Relator Especial sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos y degradantes, Sr. Juan Méndez (A/HRC/22/53)* del 2013 anticipa a grandi linee quello che poi verrà definito come “violenza ostetrica” qualche anno dopo dalla Relatrice Speciale sulla violenza contro le donne. Possiamo estrapolare dal report del Relatore Speciale Juan Méndez la definizione delle cure mediche che causano gravi sofferenze inquadabili come crudeli, inumane e degradanti (par. 15), soprattutto nel caso in cui questi trattamenti medici sono invasivi, causano danni irreversibili e mancano di finalità terapeutiche (parr. 40 e 47). A rafforzare questa sua opinione cita l'interpretazione che la Corte europea dei diritti dell'uomo ha fatto dell'articolo 3 (divieto di tortura), secondo la quale è considerato tortura qualsiasi atto commissivo o omissivo che degrada, umilia o punisce la sua vittima, nonostante non sia obiettivo o proposito dello Stato (par. 18). Il Relatore Speciale individua proprio nella violazione dell'integrità e della dignità degli individui la forma più grave di tortura se ciò presuppone una situazione di impotenza e di privazione della capacità giuridica della vittima (capacità decisionale assegnata a terzi) (par. 32). Méndez sottolinea che la capacità giuridica della donna in ambito sanitario sta nel consenso informato che non è solo la mera accettazione dell'intervento medico ma una decisione volontaria e informata, la cui garanzia, come vedremo, è alla base del diritto all'autonomia, alla libera determinazione e alla dignità umana (par. 28).

Se gli interventi medici arbitrari e invasivi e le loro conseguenze negative sia fisiche che psicologiche sono stati equiparati alla tortura e ai trattamenti crudeli, inumani e degradanti, è sicuramente indubbio fare lo stesso con il fenomeno della violenza ostetrica, di cui si parlerà più avanti. Vedremo che la violenza ostetrica dipende dall'esistenza di due condizioni: a) esiste una relazione gerarchica tra vittima e

carnefice, cioè tra donna/paziente e medico, che implica una perdita di autonomia decisionale e violazione dei diritti umani per la donna e b) viene perpetuata con diversi gradi di intensità verso la donna e la sua famiglia³⁷.

Dall'analisi della *Convenzione contro la tortura* delle Nazioni Unite e quella dell'Organizzazione degli Stati Americani, si evince che per considerare la violenza ostetrica come tortura o trattamenti crudeli, inumani e degradanti, i casi di violenza in ambito ginecologico e ostetrico devono soddisfare quattro elementi: 1) intenzionalità, cioè presenza di dolo intenzionale, di intenzione di infliggere quelle sofferenze; 2) finalità, elemento necessario per individuare i soli casi di tortura, prevede il prefiggersi un obiettivo chiaro (castigo, intimidazione o altra ragione basata su discriminazione); 3) dolore o grave sofferenza fisica e mentale, valutando quali sono gli effetti che hanno sulla vittima; 4) presenza di un soggetto attivo, cioè colui che infligge tali sofferenze alla vittima direttamente, sia per commissione che per omissione³⁸.

1.4. Diritto a sposarsi e a fondare una famiglia

I principali trattati internazionali hanno dedicato un articolo al diritto a sposarsi e a fondare una famiglia, che viene vista come “unità naturale e fondamentale della società”: *Dichiarazione universale dei diritti dell'uomo* (art. 16), *Patto delle Nazioni Unite sui diritti civili e politici* (art. 23), *Patto delle Nazioni Unite sui diritti economici, sociali e culturali* (art. 10), *Carta africana dei diritti dell'uomo e dei popoli* (art. 18), *Carta araba dei diritti dell'uomo* (art. 17), *Convenzione europea sui diritti dell'uomo* (art. 12), *Carta africana sui diritti e il benessere del fanciullo* (art. 18).

Tra questi è doveroso citare per il suo contenuto l'articolo 16 della *Convenzione sull'eliminazione di tutte le forme di discriminazione contro le donne*. L'articolo contiene una serie di disposizioni per contribuire a eliminare la discriminazione contro le donne nelle questioni riguardanti il matrimonio e le relazioni familiari. Tra queste disposizioni troviamo: il diritto a scegliere il proprio sposo e a contrarre matrimonio con pieno e libero consenso; il diritto a decidere liberamente su *number, spacing* e

³⁷ F. CUEVAS GALLEGOS, “Parir en Chile: violencia obstétrica y vulneración a los Derechos Humanos. Crítica a la ausencia de regulación en la ley chilena con perspectiva de género”, in *Revista Némesis*, 14, pp. 101-104, http://revistanemesis.cl/wp-content/uploads/2018/08/4_PARIR-EN-CHILE.pdf.

³⁸ *Ivi*, 104-105.

timing dei figli, avendo accesso ad informazioni e mezzi che lo consentano; il diritto a godere degli stessi diritti del coniuge in caso di dissoluzione del matrimonio; il diritto a godere degli stessi diritti, a prescindere dallo stato civile, in ambito di custodia, gestione amministrativa e fiduciaria e adozione dei figli; il diritto per entrambi i coniugi a scegliere cognome e professione; gli stessi diritti per entrambi i coniugi su acquisizione, gestione, amministrazione, godimento e disposizione di proprietà; il diritto a non sposarsi prima di aver raggiunto l'età da matrimonio stabilita nelle singole legislazioni statali.

Possiamo poi citare gli articoli 6 e 7 del Protocollo alla *Carta africana sui diritti dell'individuo e dei popoli sui diritti delle donne in Africa* sul godimento degli stessi diritti in ambito matrimoniale per donna e uomo e l'articolo 5 del *Protocollo n. 7 della Convenzione europea dei diritti dell'uomo* sull'uguaglianza tra coniugi all'interno del matrimonio.

In riferimento all'articolo 16 della *Convezione sull'eliminazione di tutte le forme di discriminazione contro le donne*, ne è stata riscontrata una violazione dal Comitato sull'eliminazione di tutte le forme di discriminazione contro le donne nel caso *A.S. c. Ungheria* del 2004. La violazione riguarda un caso di sterilizzazione forzata, quindi priva del necessario consenso informato, che non solo ha seriamente leso l'integrità fisica della donna ma, privandola permanentemente della sua naturale capacità riproduttiva, le ha impedito di poter fondare successivamente una famiglia³⁹.

I diritti riproduttivi non sono protetti se da un lato la donna non sceglie liberamente con chi e quando contrarre matrimonio in maniera libera (è il caso del fenomeno del "rapimento della sposa") e se dall'altro non sono rispettati i principi di *number, spacing* e *timing*⁴⁰. Inoltre, il peso, a volte assoluto, che la donna porta nel dover accudire la famiglia le impedisce di avere accesso a istruzione, impiego, sviluppo personale e salute fisica e mentale⁴¹.

³⁹ Comitato delle Nazioni Unite sull'eliminazione delle discriminazioni contro le donne, *A.S. v. Hungary*, Decisione n. CEDAW/C/36/D/4/2004 del 29 agosto 2006, ¶¶ 1.1, 2.5, 7.7, 11.4, https://www.escr-net.org/sites/default/files/CEDAW_Committee_Decision_0.pdf.

⁴⁰ Ufficio dell'Alto commissariato delle Nazioni Unite per i diritti umani, *Reproductive Rights are Human Rights: a Handbook for National Human Rights Institutions*, pp. 105, 183.

⁴¹ *Ivi*, 105.

Non da ultimo, la decisione libera sul contrarre matrimonio, come anticipato, è strettamente legata all'età da matrimonio. Secondo il paragrafo 5 del *General Comment No. 19 (1990): Article 23 (The Family) Protection of the Family, the Right to Marriage and Equality of the Spouses* del Comitato delle Nazioni Unite sui diritti umani, l'età da matrimonio dovrebbe essere tale da consentire ai due promessi sposi di dare il loro pieno e libero consenso. In un altro commento, cioè nel paragrafo 24 del *General Comment No. 28 (2000): Article 3 (The Equality of Rights Between Men and Women)*, si afferma inoltre che sono contrarie ai diritti riproduttivi e lesive della dignità della donna tutte quelle leggi che mitigano o addirittura eliminano la responsabilità dello stupratore in caso di matrimonio con la vittima e che includono la possibilità di ridurre l'età da matrimonio prevista se questa è minore.

1.5. Diritto alla vita privata e familiare

Questo diritto è protetto da alcune convenzioni regionali e internazionali sui diritti umani: *Convenzione europea dei diritti dell'uomo* (art. 8), *Carta araba dei diritti dell'uomo* (art. 11), *Convenzione americana sui diritti umani* (art. 11), *Carta africana sui diritti e il benessere del fanciullo* (art. 16), *Convenzione sui diritti delle persone con disabilità* (art. 22) e *Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti civili e politici* (art. 17).

In particolare, la Corte europea dei diritti dell'uomo ha riconosciuto in alcune sentenze tra cui *Evans c. Regno Unito* del 2007 come rientrante nell'ambito di applicazione dell'articolo 8 dell'omonima *Convenzione* il diritto di decidere se avere figli e lo *spacing* a riguardo⁴². Invece, all'interno dell'articolo 11 della *Convenzione americana sui diritti umani* si citano espressamente i concetti di "onore" e "dignità" che possono essere considerati violati dalla pratica di esposizione non necessaria del corpo delle donne e dei loro genitali durante le visite ginecologiche⁴³.

Il diritto alla vita privata e familiare è stato interpretato, in ambito riproduttivo, come disposizione che non solo tutela la confidenzialità e la privacy della donna, come nei

⁴² *Ivi*, 107.

⁴³ L. F. BELLI, "La violencia obstétrica: otra forma de violación a los derechos humanos", p. 31.

casi della necessità dell'autorizzazione di un terzo (come marito o padre) per eseguire sterilizzazioni o nei casi in cui viene imposto al personale sanitario di denunciare aborti, ma che protegge anche dalle interferenze illecite e che permettendo di prendere decisioni libere, pone l'obbligo di assicurare assistenza sanitaria riproduttiva e metodi contraccettivi sicuri⁴⁴.

Per concludere, si deve necessariamente notare che sulla sterilizzazione il Comitato dei diritti umani delle Nazioni Unite ha invece rilevato nel paragrafo 20A del suo *General Comment No. 28 (2000): Article 3 (The Equality of Rights Between Men and Women)* che in alcuni casi in cui viene richiesta da parte della donna la sterilizzazione vengono imposti una serie di requisiti alla sua realizzazione come l'aver avuto un certo numero di figli e l'aver una certa età, ancora una volta commettendo un'interferenza illecita nella vita della donna.

1.6. Libertà d'informazione e diritto all'istruzione

La *Convenzione internazionale sui diritti civili e politici* (art. 19), la *Convenzione sui diritti del fanciullo* (art. 17), la *Convenzione sui diritti delle persone con disabilità* (art. 4 par. h), la *Convenzione sull'eliminazione di tutte le forme di discriminazione contro le donne* (art. 10 par. h), la *Convenzione europea dei diritti dell'uomo* (art. 10), la *Carta araba dei diritti umani* (art. 13), la *Carta africana dei diritti dell'uomo e dei popoli* (art. 9) tutelano il diritto a cercare, ricevere e impartire informazioni.

Esistono però degli aspetti essenziali per la realizzazione di questo diritto che riguardano la forma e la modalità con cui sono comunicate le informazioni. Queste dovrebbero essere modellate sul genere del ricevente, appropriate alla sua età, libere da pregiudizi e stereotipi e presentate in maniera oggettiva e critica⁴⁵.

Il Comitato sull'eliminazione di tutte le forme di discriminazione contro le donne nel caso *A.S. c. Ungheria* (2007) ha riscontrato la violazione dell'articolo 10(h) per non aver fornito a una donna di origini rom informazioni appropriate sulla pianificazione familiare in relazione alla sua sterilizzazione in seguito alla rimozione di un feto morto,

⁴⁴ *Ivi*, 106.

⁴⁵ Ufficio dell'Alto commissariato delle Nazioni Unite per i diritti umani, *Reproductive Rights are Human Rights: a Handbook for National Human Rights Institutions*, p. 107.

impedendole così di decidere in maniera pienamente informata⁴⁶. La forma di consenso era rappresentata da un foglio scritto a mano che conteneva una richiesta di sterilizzazione, termine che la donna non conosceva al momento del trattamento e che aveva appreso solo in un secondo momento⁴⁷. Sono state riscontrate due ulteriori violazioni della stessa *Convenzione*: dell'articolo 12, per mancanza di accesso ai servizi di pianificazione familiare che le ha impedito di decidere in maniera pienamente informata, e dell'articolo 16 paragrafo 1 (e), riguardante la libertà di decidere del *number, spacing e timing* dei figli per aver privato A.S. della sua capacità riproduttiva⁴⁸.

La comunicazione delle informazioni avviene soprattutto attraverso l'istruzione e in questo caso specifico grazie all'educazione sessuale. Per educazione sessuale dobbiamo intendere il fornire, senza discriminazione, informazioni su salute sessuale e riproduttiva, pianificazione familiare, rischi delle gravidanze precoci e di gravidanze dotate di breve *spacing* tra loro, prevenzione e trattamento di HIV/AIDS e di altre MST e accesso a metodi contraccettivi⁴⁹. Istruire la popolazione risulta rilevante per effettuare un controllo della sua capacità riproduttiva ottenendo nascite più controllate e la possibilità di riservare una spesa maggiore per ogni nuovo nato⁵⁰.

Il Relatore Speciale sul diritto all'istruzione ha individuato che purtroppo l'educazione sessuale quando impartita, è realizzata in contesti patriarcali in cui esiste un forte controllo della sessualità (paragrafi 7-9 del *Report of the United Nations Special Rapporteur on the Right to Education* (2010), A/65/162, all'Assemblea Generale delle Nazioni Unite) e che spesso le bambine incontrano una serie di ostacoli, quali matrimoni e gravidanze precoci, lavoro minorile (soprattutto) domestico e conflitti armati, che le allontanano dalla fruizione dell'istruzione (Sommario e paragrafi 73 e 94 del *Girls' Right to Education - Report Submitted by the Special Rapporteur on the Right to Education, Mr. V. Muñoz Villalobos* (2006), E/CN.4/2006/45, al Consiglio

⁴⁶ Comitato delle Nazioni Unite sull'eliminazione delle discriminazioni contro le donne, *A.S. v. Hungary*, Decisione n. CEDAW/C/36/D/4/2004 del 29 agosto 2006, ¶ 11.2, https://www.escr-net.org/sites/default/files/CEDAW_Committee_Decision_0.pdf.

⁴⁷ *Ivi*, ¶ 11.3.

⁴⁸ *Ivi*, ¶¶ 11.3-11.4.

⁴⁹ Ufficio dell'Alto commissariato delle Nazioni Unite per i diritti umani, *Reproductive Rights are Human Rights: a Handbook for National Human Rights Institutions*, p. 108.

⁵⁰ *Ibidem*.

economico e sociale delle Nazioni Unite).

In generale, si riscontra un accesso diseguale degli adolescenti a informazioni e servizi legati alla salute sessuale e riproduttiva: ciò rappresenta senza ombra di dubbio un atto discriminatorio (paragrafo 29 del *General Comment No. 20: Non-Discrimination in Economic, Social and Cultural Rights (art. 2, para. 2, of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights)* (2009), E/C.12/GC/20, del Comitato delle Nazioni Unite sui diritti economici, sociali e culturali). L'educazione sessuale degli adolescenti dovrebbe non solo essere realizzata nelle scuole ma dovrebbe coinvolgere anche tutti i bambini esclusi dal sistema scolastico⁵¹.

Purtroppo la sessualità è tabuizzata da religione, cultura e ideologia patriarcale che impongono rigidi ruoli e conducono a violazioni dei diritti umani e diffusione di malattie sessualmente trasmissibili e altre patologie⁵². L'educazione sessuale permette di reclamare questi diritti per sé stessi e di rispettare quelli altrui, scardinando stereotipi di genere, assicurando alle donne una vita libera da violenza e discriminazione e beneficiando addirittura gli uomini che possono così esistere all'esterno di ruoli rigidi e relazioni non egualitarie⁵³.

L'istruzione dovrebbe poi raggiungere con particolare attenzione tutti quei gruppi marginalizzati, esclusi e vulnerabili (comunità remote, rurali, indigene, estremamente povere o ancora stigmatizzate come i *sex worker*) e la comunità dei professionisti della sanità (medici, sanitari, ostetrici), degli assistenti sociali, degli insegnanti, delle forze dell'ordine e del personale delle prigioni⁵⁴. L'obiettivo è far conoscere agli uni i loro diritti e insegnare agli altri a rispettarli.

1.6.1. Diritto al consenso informato e all'autonomia decisionale

Abbiamo già anticipato nel paragrafo precedente alcuni aspetti e interpretazioni del consenso informato che è visto come un vero e proprio diritto, come vedremo, baluardo contro la violenza ostetrica; infatti, in molti casi in cui è stata registrata una sua violazione ne è incorsa una responsabilità statale.

⁵¹ *Ivi*, 65.

⁵² *Ivi*, 67.

⁵³ *Ivi*, 67-68.

⁵⁴ *Ivi*, 70-71.

Normalmente, quando è data la possibilità di esprimere il consenso informato molto spesso si tratta di moduli che rappresentano, dal punto di vista del contenuto, in realtà scarichi di responsabilità per il personale medico⁵⁵. Questi moduli sono purtroppo presentati durante il travaglio riducendo la possibilità di comprenderne il contenuto o di chiedere delucidazioni⁵⁶.

Se in alcuni Paesi (Germania e Svezia) esistono norme sull'argomento, anche se raramente rispettate, in altri (Stati Uniti d'America) è legale per medici e studenti di medicina realizzare esami ginecologici mentre la paziente è incosciente o sotto anestesia, con o senza il consenso della donna, mancando di rispettare il suo diritto all'autonomia, cioè il diritto a decidere senza interferenze in materia di assistenza sanitaria, contraccezione e sessualità⁵⁷.

Tutto ciò è confermato nel paragrafo 31 della *General Recommendation No. 24 (1999): Article 12 of the Convention (Women and Health) (A/54/38/Rev.1, chap. I)* del Comitato delle Nazioni Unite sull'eliminazione delle discriminazioni contro le donne in cui si legge che nel momento in cui sussistono delle procedure medicali rivolte nello specifico alle donne è indispensabile rispettare il diritto all'autonomia, alla discrezione, alla confidenzialità, alla libertà di scelta e al consenso dopo aver fornito tutte le informazioni a riguardo.

Sul concetto di autonomia e suo relativo diritto possiamo aggiungere quanto affermato dal Comitato delle Nazioni Unite sui diritti del fanciullo nel suo *General Comment No. 4 (2003): Adolescent Health and Development in the Context of the Convention on the Rights of the Child (CRC/GC/2003/4)*. Il Comitato invita gli Stati a stabilire l'età minima per sottoporsi a trattamenti medici senza il consenso dei genitori in linea con il riconoscimento dello status degli esseri umani sotto i 18 anni di titolari di diritti legato all'evoluzione delle loro capacità, dell'età e della maturità.

All'interno invece nel paragrafo 66 del *Report of the Special Rapporteur on Violence Against Women, its Causes and Consequences, Yakin Ertürk* nell'ambito

⁵⁵ Assemblea Generale delle Nazioni Unite, *Adoption d'une démarche fondée sur les droits de la personne dans la lutte contre les mauvais traitements et les violences infligés aux femmes dans les services de santé procréative, en particulier les violences commises pendant l'accouchement et les violences obstétricales – Note du Secrétaire général Dubravka Šimonović*, UN Doc. A/74/137 dell'11 luglio 2019, p. 13, <https://undocs.org/pdf?symbol=fr/A/74/137>.

⁵⁶ *Ibidem*.

⁵⁷ *Ivi*, 13-14.

dell'implementazione della Risoluzione 60/251 dell'Assemblea Generale (A/HRC/4/34 del 2007) vengono trattate le cause del mancato accesso ai metodi contraccettivi. Da un lato a livello istituzionale si implementano policy che comunicano la preferenza della pratica dell'astinenza e della fedeltà all'uso del preservativo, dall'altro a livello sociale sussiste in molti contesti il problema dell'oppressione della donna nel suo intento di far valere i propri diritti sessuali contro quelli del partner, conseguenza del controllo maschile della sessualità femminile e causa di violenze.

Riprendendo il tema del consenso informato, il suo rilascio informato, volontario e pienamente dichiarato non si esaurisce con l'apposizione della firma della donna sul documento ma, potendo essere revocato, è frutto anche di una comunicazione costante tra medico e paziente⁵⁸, che molto spesso manca a causa degli atteggiamenti di infantilizzazione della paziente e di paternalismo medico (come affermato dall'articolo 6 della *Dichiarazione universale su bioetica e diritti umani*).

In più, il linguaggio con cui si informa la paziente al fine di ottenere il consenso deve essere accessibile, comprensibile, culturalmente appropriato e modellato sul livello di istruzione, età e disabilità fisiche o intellettive del soggetto⁵⁹.

1.7. Diritto alla salute

Il diritto alla salute o diritto a godere del miglior stato di salute fisica e mentale possibile è tutelato all'interno di un ampio numero di strumenti internazionali e regionali. A livello internazionale troviamo l'articolo 1 della *Convenzione dell'Organizzazione mondiale della Sanità* e l'articolo 27 della *Dichiarazione universale dei diritti dell'uomo*. Lo riscontriamo anche nella *Convenzione internazionale sui diritti economici, sociali e culturali* (artt. 12 e 10 paragrafo 2, quest'ultimo sulla protezione della madre prima e dopo il parto), nella *Convenzione sui diritti del fanciullo* (art. 24), nella *Convenzione sui diritti delle persone con disabilità* (art. 25), nella *Convenzione sull'eliminazione di tutte le forme di*

⁵⁸ *Ivi*, 14.

⁵⁹ *Ibidem*.

discriminazione contro le donne (art. 12 che proibisce discriminazioni contro le donne in ambito sanitario e garantisce servizi appropriati, e dove possibile gratuiti, in connessione con la gravidanza; art. 14 che garantisce a donne che vivono in zone rurali l'accesso a servizi e informazione riguardanti la pianificazione familiare) e nella *Convenzione internazionale sull'eliminazione di tutte le forme di discriminazione razziale* (art. 5). A livello regionale invece citiamo la *Convenzione africana dei diritti dell'uomo e dei popoli* (art. 16) e il suo *Protocollo sui diritti delle donne in Africa* (art. 14) che presenta un focus su salute sessuale e riproduttiva. La *Convenzione europea sui diritti dell'uomo* non include esplicitamente il diritto alla salute. Nonostante ciò la giurisprudenza dell'omonima Corte ha riconosciuto nel contenuto dell'articolo 8 una sua applicazione in questo senso, mentre per il *Patto delle Nazioni Unite sui diritti economici, sociali e culturali* sussistono degli obblighi minimi legati al diritto alla salute: assistenza medica essenziale, medicine essenziali e assistenza sanitaria a madre e figlio (art. 12).

Secondo il Comitato delle Nazioni Unite sui diritti economici, sociali e culturali, nel paragrafo 11 del suo *General Comment No. 14 (2000): The Right to the Highest Attainable Standard of Health (Art. 12)* (E/C.12/2000/4), il diritto alla salute è inclusivo e quindi, oltre al diritto ad accedere a un servizio di protezione sanitaria senza discriminazioni, comprende anche quegli aspetti determinanti per la salute come accesso all'acqua sicura e potabile, adeguata sanificazione, condizioni salubri sia a livello occupazionale che a livello di ambiente circostante, accesso a informazioni. Altri diritti che sono riconosciuti in quello alla salute, secondo il paragrafo 8 dello stesso *Commento*, sono il diritto ad avere pieno controllo sul proprio corpo e sulla propria salute, inclusi quindi tutti gli aspetti sessuali e riproduttivi, e naturalmente la libertà da interferenze di qualsiasi genere sulla salute (maltrattamenti, trattamenti senza consenso e sperimentazione): ciò aiuta a chiarire che, contrariamente a quello che si può pensare, diritto alla salute non significa "diritto a essere in salute". Nel paragrafo 30 del *General Comment* precedentemente citato si afferma che il diritto alla salute è un diritto a realizzazione progressiva ma ciò non deve rappresentare per gli Stati il pretesto per svincolarsi dall'obbligo di operare il più efficacemente e rapidamente possibile per la sua realizzazione.

Nella *General Recommendation No. 24 (1999): Article 12 of the Convention (Women and Health)* (A/54/38/Rev.1, chap. I) del Comitato delle Nazioni Unite sull'eliminazione delle discriminazioni contro le donne, si sottolinea che in ambito sanitario bisogna debellare le discriminazioni contro le donne che spesso ostacolano l'accesso alle cure (par. 21), prestando particolare attenzione ai gruppi vulnerabili e svantaggiati (donne migranti o rifugiate, bambine e anziane, *sex worker*, donne indigene e donne con disabilità fisica o intellettuale) (par. 6) ed evitando restrizioni dovute alla mancanza di autorizzazione del marito, genitore o autorità medica solo perché donne o perché nubili (par. 14). Altri ostacoli possono essere rappresentati dalla criminalizzazione di procedure mediche necessarie solo alle donne o dalla punizione nei confronti delle donne che si sottopongono a esse (par. 14). Sulla stessa lunghezza d'onda afferma che lo Stato che si rifiuta di prevedere legalmente determinati servizi riproduttivi per le donne compie un atto discriminatorio (par. 11).

Un chiaro esempio di violazione del diritto alla salute è possibile riscontrarlo nel caso *de Silva Pimental c. Brasile* del Comitato delle Nazioni Unite sull'eliminazione delle discriminazioni contro le donne del 2011 che individua una violazione dell'articolo 12 paragrafo 2 (offrire servizi sanitari appropriati) per aver provocato la morte di una donna per mancanza di intervento ostetrico in seguito al parto di un feto morto⁶⁰. Questa gravissima negligenza era stata mossa da una triplice discriminazione perpetuata nei confronti della donna (violazione dell'articolo 1 della stessa *Convenzione*): etnia (africana), genere (donna) e scarse condizioni socio-economiche⁶¹. La morte della donna era stata procurata dal ritardo dei test (delle urine e del sangue realizzati due giorni dopo l'inizio dei dolori) che avevano impedito di intervenire tempestivamente⁶². In più, il raschiamento, avvenuto dopo quattordici ore dal travaglio, potrebbe aver causato la fatale emorragia⁶³. La suddetta operazione era stata realizzata in una struttura non adeguatamente attrezzata e il trasferimento all'ospedale comunale aveva impiegato ben otto ore, poiché la prima struttura non

⁶⁰ Comitato delle Nazioni Unite sull'eliminazione delle discriminazioni contro le donne, *de Silva Pimental c. Brasile*, Decisione n. CEDAW/C/49/D/17/2008 del 10 agosto 2011, ¶¶ 5.15, 7.6, <https://www2.ohchr.org/english/law/docs/CEDAW-C-49-D-17-2008.pdf>.

⁶¹ *Ivi*, ¶¶ 7.2, 7.7.

⁶² *Ivi*, ¶ 7.3.

⁶³ *Ivi*, ¶ 7.4.

aveva accordato un'ambulanza e la famiglia della donna non aveva potuto permettersene una privata⁶⁴. Arrivata, senza informazioni sul suo stato clinico, era stata lasciata per ventuno ore all'ingresso dell'ospedale fino alla sua morte⁶⁵. Altre violazioni della Convenzione sull'eliminazione di tutte le forme di discriminazioni contro le donne rilevate dall'omonimo Comitato sono riscontrate nell'articolo 2 ai paragrafi (c), sulla mancanza di accesso alla giustizia, ed (e), sulla mancanza dell'impegno di *due diligence* statale nella regolamentazione dei privati nel settore dell'offerta sanitaria⁶⁶. Il caso dimostra un alto livello di negligenza sistemica a livello di insufficienza di risorse e di inefficacia delle politiche statali nel campo dell'offerta di cure mediche⁶⁷.

Un altro caso, altrettanto drammatico, è *L.C. c. Perù* (2009). Una ragazza di 13 anni scoprendo di essere incinta in seguito a uno stupro aveva sviluppato una forte depressione che l'aveva portata a tentare il suicidio gettandosi da un edificio⁶⁸. Come conseguenza dell'essersi gettata nel vuoto, aveva riportato dei seri danni alla colonna vertebrale che necessitavano di un intervento chirurgico d'emergenza per evitarle la disabilità permanente⁶⁹. L'intervento era stato però rimandato per non mettere in pericolo la gravidanza⁷⁰. A quel punto venne richiesta da parte della madre della ragazza l'interruzione della gravidanza per poter procedere all'operazione⁷¹. Dopo quarantadue giorni dall'inoltro della richiesta le autorità dell'ospedale risposero negativamente affermando che mancavano le condizioni per praticare un aborto dato che la vita della bambina non era in pericolo, nonostante il Deputato difensore dei diritti delle donne aveva affermato che in quel caso specifico l'aborto terapeutico era

⁶⁴ *Ivi*, ¶¶ 3.6, 7.4.

⁶⁵ *Ivi*, ¶ 3.6.

⁶⁶ *Ivi*, ¶¶ 3.13, 5.5.

⁶⁷ Assemblea Generale delle Nazioni Unite, *Adoption d'une démarche fondée sur les droits de la personne dans la lutte contre les mauvais traitements et les violences infligés aux femmes dans les services de santé procréative, en particulier les violences commises pendant l'accouchement et les violences obstétricales – Note du Secrétaire général Dubravka Šimonović*, p. 19.

⁶⁸ Comitato delle Nazioni Unite sull'eliminazione delle discriminazioni contro le donne, *L.C. c. Perù*, Decisione n. CEDAW/C/50/D/22/2009 del 4 novembre 2011, ¶ 2.1, https://www2.ohchr.org/english/law/docs/CEDAW-C-50-D-22-2009_en.pdf.

⁶⁹ *Ivi*, ¶¶ 2.1-2.2.

⁷⁰ *Ivi*, ¶ 2.4.

⁷¹ *Ivi*, ¶ 2.5.

giustificato⁷². Successivamente a un aborto spontaneo e dopo tre mesi e mezzo dal tentato suicidio venne effettuata l'operazione⁷³.

Attualmente la donna è paralizzata dal collo in giù e ha recuperato solo parzialmente la mobilità delle mani⁷⁴.

Tra le molte violazioni individuate citiamo quella dell'articolo 12 (accesso alla salute) aggravato dalla sofferenza psicologica e dalla vulnerabilità del soggetto (minore e vittima di violenza sessuale) e quella dell'articolo 2 (c) per l'assenza di rimedio⁷⁵.

1.8. Diritto a beneficiare del progresso scientifico

L'articolo 15 della *Convenzione internazionale sui diritti economici, sociali e culturali* protegge il diritto a beneficiare del progresso scientifico.

È importante ricordare che è proprio la ricerca scientifica ad aver fornito i moderni metodi contraccettivi, ad aver diminuito mortalità e morbilità materna e infantile e ad aver reso possibile la procreazione assistita, che a sua volta protegge dalla trasmissione di HIV⁷⁶, permettendoci di godere di una serie di diritti umani connessi a queste pratiche.

Alcune di queste scoperte, tra cui la procreazione assistita, porta però con sé una serie di problemi etici e di disparità sociale, basti pensare alla figura della madre surrogata (illegale in alcuni Stati per proteggere il diritto delle donne, soprattutto più povere e vulnerabili, di disporre liberamente del proprio corpo) e del costo di queste procedure che automaticamente ne esclude l'accesso per gli individui e le coppie appartenenti a categorie sociali economicamente svantaggiate⁷⁷.

⁷² *Ivi*, ¶¶ 2.6-2.7.

⁷³ *Ivi*, ¶¶ 2.9-2.10.

⁷⁴ *Ivi*, ¶ 2.11.

⁷⁵ *Ivi*, ¶¶ 8.10, 8.15-8.16.

⁷⁶ Ufficio dell'Alto commissariato delle Nazioni Unite per i diritti umani, *Reproductive Rights are Human Rights: a Handbook for National Human Rights Institutions*, p. 114-115.

⁷⁷ *Ivi*, 115.

2. Ruolo e competenze degli *Human Rights Body*, delle *National Human Rights Institution* e delle Nazioni Unite nella protezione e promozione dei diritti sessuali e riproduttivi

Gli *Human Rights Body* si concentrano sullo studio e l'analisi di specifici ambiti di violazione dei diritti umani come possono essere la sterilizzazione e la detenzione. Questi non hanno inizialmente individuato che le violazioni in ambiente sanitario, sperimentate in maniera sproporzionata da alcune categorie di donne (per discriminazione intersezionale) come abusi e maltrattamenti di carattere ostetrico e ginecologico, potessero costituire parte di un fenomeno⁷⁸.

Dovremo aspettare il 2019 per trovare le prime definizioni in ambito internazionale riguardanti la violenza ginecologica e ostetrica da parte della Relatrice Speciale per la violenza sulle donne delle Nazioni Unite, di un report dell'OMS e di uno del Comitato del Consiglio d'Europa sull'uguaglianza e la non discriminazione che portò a una risoluzione dell'Assemblea parlamentare nello stesso anno che chiamava gli Stati a farsi carico del problema⁷⁹.

Cosa possono fare allora gli Stati per occuparsi di questa problematica? Innanzitutto, rispettare gli obblighi e gli standard internazionali e regionali che si occupano di diritti delle donne; rivedere e rafforzare le leggi interne sulla violenza contro le donne e sulla tutela durante il parto; assicurare autonomia decisionale, consenso libero e informato, privacy e riservatezza, proibendo e vietando test e cure obbligatorie; rafforzare la capacità di rispondere a queste discriminazioni e a queste violenze allocando fondi adeguati, rafforzando la capacità degli organi regolatori di effettuare controlli e assicurando che venga individuata la responsabilità e vengano offerti rimedi alle vittime⁸⁰.

Esistono infatti i *Treaty Body*, cioè gruppi di esperti indipendenti che monitorano l'implementazione dei trattati internazionali sui diritti umani lavorando su report statali⁸¹.

⁷⁸ C. ZAMPAS, A. AMIN, L. O'HANLON, A. BJERREGAARD, H. MEHRTASH, R. KHOSLA, Ö. TUNÇALP, "Operationalizing a Human Rights-Based Approach to Address Mistreatment against Women during Childbirth", p. 258.

⁷⁹ *Ivi*, 259.

⁸⁰ *Ivi*, 259-260.

⁸¹ Ufficio dell'Alto commissariato delle Nazioni Unite per i diritti umani, *Reproductive Rights are Human Rights: a Handbook for National Human Rights Institutions*, pp. 118-119.

I Comitati (*Treaty Body*) collaborano vicendevolmente con le *National Human Rights Institution* (NHRI), che analizzeremo in seguito: le NHRI portano informazioni all'attenzione dei Comitati e usano le loro pronunce per svolgere il proprio lavoro⁸². Le pronunce dei Comitati non sono legalmente vincolanti ma mantengono comunque una loro rilevanza dato il mandato legale conferitogli dai trattati internazionali; inoltre, realizzano anche commenti e raccomandazioni generali, spesso su questioni interpretative legate ai trattati⁸³. Molti di questi Comitati in più, sulla base di specifiche dichiarazioni statali o ratifiche di protocolli opzionali, possono ricevere ricorsi individuali⁸⁴.

Le *National Human Rights Institution* hanno il ruolo di promotori e protettori dei diritti umani, potendone porre anche la base normativa⁸⁵.

In particolare la *Dichiarazione e il Programma d'Azione di Amman* del 2012 (11° Conferenza internazionale dell'*International Coordinating Committee, ICC, delle Istituzioni nazionali per la promozione e la protezione dei diritti umani con focus sui diritti delle donne e delle bambine e sulla promozione dell'uguaglianza di genere*, Amman, Giordania, 5-7 novembre 2012)⁸⁶ concedono alle NHRI il compito di promozione e protezione dei diritti riproduttivi come salute, decisione libera e responsabile su *number, spacing e timing*, accesso a informazioni e libertà da discriminazione, violenza e coercizione (par. 25). Queste istituzioni hanno poi il compito di raccogliere ed elaborare dati legati all'esercizio dei diritti riproduttivi (par. 26) e di poter influenzare la revisione delle norme nazionali legate ai diritti riproduttivi che risultano discriminatorie o che criminalizzano l'accesso ai servizi sanitari (par. 27). In aggiunta, promuovono l'accesso ai servizi e alle informazioni sulla salute sessuale e riproduttiva, la rimozione delle barriere e degli ostacoli e la creazione di meccanismi di *accountability* e rimedi di fronte a violazioni (par. 28).

In particolare, possiedono una serie di competenze molto specifiche come quella di preparare *position paper* o *policy document*, creare *joint plan* con partner istituzionali

⁸² *Ivi*, 119.

⁸³ *Ibidem*.

⁸⁴ *Ibidem*.

⁸⁵ *Ivi*, 31-32.

⁸⁶ *Ivi*, 33.

e sociali o piani strategici periodici nel riguardo di un obiettivo generale prefissato⁸⁷. Tali competenze derivano dal mandato conferito alle NHRI che consente all'Istituzione di potersi occupare solo di quei diritti umani tutelati dalla legge nazionale o dalle norme internazionali a cui si è vincolato lo Stato⁸⁸. Normalmente il loro mandato copre tutti i diritti umani ma nel momento in cui fosse limitato ai soli diritti civili e politici, si considerano i diritti riproduttivi come parte di questi⁸⁹.

Per quanto riguarda il potere delle NHRI di condurre revisioni di regolamenti amministrativi e legislativi, solitamente le Istituzioni si concentrano su aree di diritti umani (area familiare: età da matrimonio e uguaglianza tra coniugi; area dell'accesso a servizi sanitari di qualità; area penale: MGF e criminalizzazione dell'attività sessuale tra persone dello stesso sesso; area dei rimendi effettivi; area delle norme consuetudinarie: valori culturali e religiosi; ...) ⁹⁰.

In pratica le NHRI esaminano decreti legislativi per valutarne l'aderenza ai diritti umani, fornendone i necessari cambiamenti grazie alla stretta relazione con le autorità nazionali e gli attori statali che di per sé monitorano questi sviluppi⁹¹. Stessa cosa vale per i regolamenti amministrativi e i documenti di policy, emanati meno formalmente e in tempi minori⁹².

Una NHRI può avere anche come mandato la possibilità di ricevere denunce individuali⁹³. Purtroppo molte denunce non vengono processate per mancanza di conoscenza medica o per l'estrema complessità del caso come nei casi in cui riguardano negligenza medica o mortalità della madre o del nascituro⁹⁴.

Inoltre, queste Istituzioni hanno il potere di adire o intervenire in qualità di *amicus curiae* per assicurarsi che la Corte tenga conto di determinate misure legate ai diritti umani⁹⁵. Nell'adire la Corte seleziona casi tenendo conto del pubblico interesse, come quello di creare un precedente legale utile a rafforzare la protezione dei diritti umani⁹⁶.

⁸⁷ *Ivi*, 36-37.

⁸⁸ *Ivi*, 35.

⁸⁹ *Ibidem*.

⁹⁰ *Ivi*, 38-40.

⁹¹ *Ivi*, 40-41.

⁹² *Ivi*, 41.

⁹³ *Ivi*, 72.

⁹⁴ *Ivi*, 73.

⁹⁵ *Ivi*, 74.

⁹⁶ *Ibidem*.

Le NHRI sono ottimi partner dell'ONU, collaborano infatti con moltissime Agenzie delle Nazioni Unite come OHCHR (sul tema generale della tutela dei diritti umani), UN WOMEN (sui diritti delle donne), UNAIDS (su HIV/AIDS), UNDP (sullo sviluppo), UNESCO (sull'educazione sessuale), UNFPA (sul miglioramento a livello globale della salute riproduttiva), UNICEF (sulla tutela della salute e dell'istruzione per bambini e adolescenti e sull'eradicazione del matrimonio infantile, delle MGF, della violenza sessuale, del *trafficking*, ...) e OMS (sulla salute e in particolare sulla salute sessuale e riproduttiva)⁹⁷.

Un chiaro esempio di questa collaborazione è visibile nel programma avviato nel 2005 dalla NHRI venezuelana e l'UNFPA. Tale programma si indirizzava a ragazzi dai 13 ai 23 anni appartenenti ad aree dove i diritti sessuali e riproduttivi difficilmente venivano rispettati, occupandosi dal 2008 di diminuire le gravidanze tra gli adolescenti attraverso il coinvolgimento delle stesse comunità e la prevenzione in ambito sanitario e scolastico⁹⁸.

Nell'ambito della tutela dei diritti umani, l'ONU può sia ricevere denunce individuali presentate presso uno dei suoi Comitati, sia agire similmente sui casi portati all'attenzione da parte delle NHRI che contribuiscono a espanderne la giurisprudenza. Esistono poi una serie di "procedure speciali" come gruppi di lavoro, relatori speciali ed esperti indipendenti nominati dal Consiglio per i diritti umani⁹⁹. Nessuna di queste figure si focalizza in maniera specifica sui diritti riproduttivi ma nel caso del Relatori Speciali questi diritti possono essere incorporati nel loro mandato, pensiamo al Relatore Speciale per il diritto al più alto standard ottenibile di salute e a quello per la violenza contro le donne¹⁰⁰. I Relatori Speciali si occupano di "questioni urgenti" (anche portate all'attenzione da parte delle NHRI) e possono realizzare visite nei territori statali¹⁰¹.

⁹⁷ *Ivi*, 59.

⁹⁸ *Ivi*, 60.

⁹⁹ *Ivi*, 61.

¹⁰⁰ *Ivi*, 62.

¹⁰¹ *Ibidem*.

2.1. Monitoraggio da parte delle *National Human Rights Institution* degli obblighi statali in materia di diritti sessuali e riproduttivi

Nell'ambito del monitoraggio degli obblighi statali in materia di diritti umani e nello specifico dei diritti sessuali e riproduttivi, le NHRI realizzano report per governi e parlamenti mettendo in luce le violazioni e proponendo azioni per mitigarle o per la società civile con il fine di sensibilizzarla (report speciali)¹⁰².

Viceversa, la società civile rappresenta di per sé una fonte primaria di informazione: pensiamo alle chiese, alle ONG, ai sindacati, alle associazioni e agli ospedali¹⁰³. Anche i contatti con le istituzioni accademiche (per le ricerche) e la stampa (che segue sistematicamente le informazioni e “indica” dove andare a indagare) diventano estremamente importanti per la raccolta di informazioni, come pure le denunce individuali (da sistematizzare e considerare per monitorare le tendenze nazionali) e le visite (strumento indispensabile per il monitoraggio dell'esercizio dei diritti umani se pensiamo che il godimento dei diritti umani può differire sostanzialmente tra centri urbani e zone rurali)¹⁰⁴. Da monitorare sono poi le policy pubbliche e i programmi che possono influenzare il godimento dei diritti umani a causa di norme discriminatorie o influenza di pratiche tradizionali dannose¹⁰⁵.

Nel dettaglio, l'attività di *reporting* avviene presso le Nazioni Unite e le ONG esprimendo opinioni e commentando i dati raccolti¹⁰⁶. Come supplemento ai report statali, per i quali forniscono supporto con il fine di assicurarsi che determinate questioni siano incluse, le NHRI realizzano degli *shadow report*¹⁰⁷.

In seno agli organi giurisdizionali che si occupano di diritti umani le NHRI possono svolgere presentazioni in linea con il tema trattato o esprimere delle osservazioni finali a seguito della pronuncia dell'organo¹⁰⁸.

Le NHRI possono infine incoraggiare la ratifica di strumenti internazionali in materia di diritti umani attraverso, ancora una volta, report (elencando quali strumenti per una data area di diritti umani non sono stati ratificati o lamentando revoche, riserve e

¹⁰² *Ivi*, 42-43.

¹⁰³ *Ivi*, 43.

¹⁰⁴ *Ivi*, 43-44.

¹⁰⁵ *Ivi*, 44.

¹⁰⁶ *Ivi*, 57.

¹⁰⁷ *Ivi*, 58.

¹⁰⁸ *Ibidem*.

dichiarazioni che ridimensionando la forza e la portata dello strumento), portando la questione nelle sedi internazionali o facendo ricerche sulle conseguenze delle ratifiche, cioè su quali ulteriori misure prendere per assicurare il rispetto dello strumento ratificato¹⁰⁹.

3. *Human Rights-Based Approach* nell'implementazione dei diritti sessuali e riproduttivi

Lo *Human Rights-Based Approach* è un *framework* concettuale e analitico che integra norme, standard e principi dei diritti umani nel lavoro di sviluppo¹¹⁰. Nel percorso di sviluppo è proprio lo *HRBA* che ne legittima il processo, i mezzi e il risultato¹¹¹.

Gli strumenti che utilizza lo *HRBA* sono:

- Porre alla base degli obiettivi principi universalmente riconosciuti e accettati;
- Identificare le cause profonde dei problemi per adeguarne le risposte;
- Prendere in considerazione esclusi ed emarginati;
- Sensibilizzare e rafforzare l'esercizio dei diritti umani nell'ottica di ridurre i rischi di arretramento nel processo di sviluppo;
- Ridurre l'impunità, promuovere l'*accountability* e aumentare l'accesso alla giustizia;
- Implementare i principi di partecipazione, responsabilità, uguaglianza e non discriminazione;
- Imporre ai *duty-bearers* di rispettare la *rule of law* (soggiacere al diritto e non esercitarlo in maniera arbitraria) e di essere *accountable* delle proprie decisioni attraverso ruoli chiari e processi di *decision-making* trasparenti¹¹².

In generale, due delle modalità più efficaci per l'implementazione dei diritti umani sono la partecipazione e l'inclusione. Per partecipazione intendiamo quella attiva,

¹⁰⁹ *Ivi*, 56-57.

¹¹⁰ *Ivi*, 75.

¹¹¹ *Ibidem*.

¹¹² *Ivi*, 76, 81.

libera, significativa e informata, che contribuisce a sviluppare un senso di “proprietà” e a promuovere collaborazioni e in ultimo la possibilità di successo¹¹³. Partecipazione e inclusione non solo come mezzo per il godimento dei diritti ma anche come *empowerment*, dato il contributo diretto ai processi decisionali a cui gli individui sono direttamente interessati¹¹⁴.

Un primo aspetto più generico di questo approccio riguarda le caratteristiche di universalità, inalienabilità, indivisibilità e interdipendenza dei diritti umani.

Per universalità intendiamo l’applicazione dei diritti a tutti gli esseri umani; per inalienabilità l’impossibilità di rinunciare ad essi volontariamente o di revocarli con la forza; per indivisibilità la connessione che tutti hanno, a prescindere dalla loro diversa natura (civile, economica, culturale, politica o sociale) avendo comunque uguale status, con la dignità umana; infine per interdipendenza intendiamo che la realizzazione di un diritto dipende da quella di un altro¹¹⁵.

Un secondo aspetto più specifico applicabile al diritto alla salute, come una delle tutele principali del godimento dei diritti sessuali e riproduttivi, fa sì che lo *Human-Rights Approach* imponga la necessità di soggiacere secondo le Nazioni Unite a quattro requisiti detti *3AQ* nell’ottica dell’implementazione dei diritti sessuali e riproduttivi: disponibilità (*availability*), accessibilità (*accessibility*), accettabilità (*acceptability*) e qualità (*quality*)¹¹⁶.

Per disponibilità intendiamo quella relativa alla quantità sufficiente di strutture sanitarie funzionanti, di informazioni, di servizi contraccettivi, di acqua potabile¹¹⁷.

Per accessibilità si intende la possibilità di accedere ai servizi sanitari disponibili sull’intero territorio statale¹¹⁸. L’accessibilità è costituita da quattro dimensioni: la non discriminazione; l’accessibilità fisica (tutta la popolazione, inclusi i gruppi discriminati e vulnerabili, possono raggiungere in sicurezza le strutture, incluse le persone affette da disabilità); l’accessibilità economica (per il principio di uguaglianza non deve pesare in maniera sproporzionata il costo sugli individui meno abbienti,

¹¹³ *Ivi*, 81, 187.

¹¹⁴ *Ivi*, 81.

¹¹⁵ *Ivi*, 77.

¹¹⁶ *Ivi*, 83.

¹¹⁷ *Ibidem*.

¹¹⁸ *Ivi*, 84.

poiché la non gratuità dei servizi non può impedirne l'accesso); e l'accessibilità informativa (cercare e ricevere informazioni tenendo conto di privacy e confidenzialità dei dati personali)¹¹⁹.

L'accettabilità si lega al rispetto dell'etica medica e dell'appropriatezza culturale (ad esempio alcune culture sono a volte più sensibili rispetto a questioni di genere e legate al ciclo della vita)¹²⁰.

Infine, per qualità si intende che il personale sanitario deve essere competente, i trattamenti realizzati devono essere approvati scientificamente, i medicinali somministrati non devono essere scaduti, deve essere disponibile acqua potabile e gli ambienti devono essere adeguatamente sanificati¹²¹.

Per concludere, l'applicazione dello *HRBA* consta di tre fasi. Una prima fase è la pianificazione e la predisposizione del budget. In questa fase viene adottato un piano nazionale¹²². Nel caso dei diritti sessuali e riproduttivi è un piano di salute pubblica che si concentra su salute sessuale e riproduttiva, salute materna, prevenzione e gestione delle MST, educazione sessuale e pianificazione familiare per la gestione di gravidanze indesiderate (incluso aborto sicuro dove legale e assistenza successiva), gestione di elementi di violenza ginecologica e ostetrica (rottura di membrane, induzione del travaglio, cesarei)¹²³.

La seconda fase è quella dell'implementazione attraverso programmi di sviluppo delle capacità istituzionali e giudiziarie o campagne di sensibilizzazioni rivolte a donne (*empowerment*) e a professionisti della salute e non (*training*)¹²⁴.

L'ultima fase riguarda il monitoraggio degli effetti e delle conseguenze della pianificazione e dell'implementazione dei diversi strumenti utilizzati. L'attività di monitoraggio parte dall'osservazione dei cambiamenti realizzati su fattori strutturali nel tempo (potremmo chiederci nel nostro caso: le nuove leggi adottate riconoscono i diritti sessuali e riproduttivi?), degli sforzi compiuti a livello di policy e budget (sono stati inseriti corsi di educazione sessuale nelle scuole?) e dei risultati concreti

¹¹⁹ *Ivi*, 84, 87.

¹²⁰ *Ivi*, 84.

¹²¹ *Ivi*, 85.

¹²² *Ibidem*.

¹²³ *Ivi*, 85-86.

¹²⁴ *Ivi*, 87.

verificatisi (sono effettivamente diminuite il tasso di gravidanze tra gli adolescenti, la mortalità materna, le MST, ...?)¹²⁵.

4. Statement del 1985, 1996, 2014 e 2018 e visione recente sulla violenza ginecologica e ostetrica dell'Organizzazione mondiale della Sanità

Nel 1985 l'Organizzazione mondiale della Sanità pubblicò una raccolta di raccomandazioni dal titolo *Appropriate Technology for Birth* che sconsigliava alcuni dei trattamenti e comportamenti che oggi sono noti come violenza ginecologica e ostetrica. All'interno di questo documento non si parla ancora di tale violenza ma di "mancanza di rispetto e maltrattamento durante l'attenzione al parto" individuando le due modalità di maltrattamento, fisica e psicologica, e le tipologie di queste forme di maltrattamento, cioè pratiche invasive, somministrazione di medicinali non giustificata dallo stato di salute e mancato rispetto dei tempi e delle possibilità del parto biologico¹²⁶. Queste pratiche sono giudicate come inutili, pregiudiziali o inefficaci, prive di chiara evidenza scientifica e inadeguatamente frequenti¹²⁷.

Tra le raccomandazioni generali ne troviamo due estremamente pertinenti al nostro studio:

- La comunità intera deve essere informata delle varie procedure dell'attenzione al parto, per far sì che ogni donna possa scegliere che tipo di parto preferisce;
- La formazione dei sanitari dovrebbe includere tecniche comunicative per promuovere lo scambio di informazioni con la partoriente e la sua famiglia¹²⁸.

All'interno delle raccomandazioni specifiche ritroviamo invece:

- Permettere la presenza di un membro della famiglia, scelto dalla partoriente, durante il parto e post-parto;
- Rispettare il diritto di decidere sui propri vestiti e su quelli dei figli, sul

¹²⁵ *Ivi*, 87-88.

¹²⁶ Instituto Nacional de Derechos Humanos de Chile, *Situación de los Derechos Humanos en Chile. Informe anual 2016*, 2016, p. 232, <https://bibliotecadigital.indh.cl/handle/123456789/998>.

¹²⁷ *Ibidem*.

¹²⁸ Organizzazione mondiale della Sanità, *Appropriate Technology for Birth*, in *Lancet*, 2/1985, p. 436, <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/appropriate-technology-for-birth-who/>.

cibo, sulla placenta e su altre pratiche culturalmente importanti;

- Consentire, se possibile, che il neonato resti con la madre;
- Incoraggiare l'allattamento immediato, anche prima di lasciare la sala parto;
- I Paesi con i più bassi indici di mortalità perinatale al mondo hanno un indice inferiore al 10% di cesarei, quindi non è giustificata la percentuale del più del 10-15% in qualsiasi altra regione del mondo;
- Non esiste alcuna evidenza scientifica per cui è necessario un cesareo successivamente a un altro, quindi deve essere incoraggiato il parto vaginale in seguito a un cesareo;
- Non esiste alcuna evidenza scientifica riguardante la necessità della rasatura del pube o dell'enema (clistere) precedentemente al parto;
- La posizione litotomica (supina con gambe alzate) non è consigliata ma deve essere incoraggiato il camminare durante il travaglio e lo scegliere liberamente la posizione da adottare durante il parto;
- Deve essere protetto il perineo ed è quindi sconsigliabile l'uso sistematico dell'episiotomia;
- L'induzione del parto dovrebbe essere attuata solo in presenza di specifici motivi medici e per nessuna ragione il tasso d'induzione dovrebbe essere superiore al 10%;
- L'uso di analgesici o anestetici non richiesti, per correggere o prevenire complicazioni, dovrebbe essere vietato;
- La rottura precoce e artificiale delle membrane come processo routinario non è giustificabile¹²⁹.

Nel 1996 con *Cuidados en el Parto Normal: guía práctica* l'OMS riprende ed espande le raccomandazioni emesse 11 anni prima.

È doveroso citare una serie di raccomandazioni e divieti contenuti in questo documento:

- Adottare una posizione fisiologica durante il parto: evitare la posizione

¹²⁹ *Ivi*, 437.

litotomica, permettere di camminare e di scegliere liberamente la posizione da assumere durante il parto¹³⁰;

- Evitare l'episiotomia¹³¹;
- Evitare l'amniotomia (rottura artificiale delle membrane fetali)¹³²;
- Evitare il monitoraggio fetale routinario ed effettuarlo solo in caso di rischio di mortalità perinatale¹³³;
- Evitare l'enema: non vengono registrati benefici per la donna o per la diminuzione di infezioni¹³⁴;
- Evitare l'ossitocina sintetica poiché estremamente rischiosa potendo causare: rottura uterina, ricorso al parto cesareo, ricorso a forcipe, aumento del dolore, necessità di analgesici, sofferenza fetale acuta e distocia (parto difficile)¹³⁵;
- Evitare la manovra di Kristeller che può provocare danni all'utero, al perineo e al feto e di cui non ne è scientificamente dimostrata l'efficacia¹³⁶;
- Eseguire, quando non sussistono necessità mediche contrarie, un parto vaginale dopo un cesareo¹³⁷.

Nello *Statement* del 2014 *The Prevention and Elimination of Disrespect and Abuse during Facility-based Childbirth* l'OMS afferma che purtroppo non esiste consenso internazionale su come la mancanza di rispetto e l'abuso debba essere definito e misurato, di conseguenza l'impatto e la prevalenza di questo fenomeno su salute, benessere e scelte delle donne non sono conosciuti¹³⁸.

La prevalenza di abusi e la mancanza di rispetto, elencati ma non definiti come violenza ginecologica e ostetrica, in strutture sanitarie diventa un potente disincentivo

¹³⁰ Organizzazione mondiale della Sanità (Gruppo tecnico di lavoro), *Cuidados en el parto normal: guía práctica*, 1996, p. 68, <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0063.pdf>.

¹³¹ *Ivi*, 72.

¹³² *Ivi*, 70.

¹³³ *Ivi*, 71.

¹³⁴ *Ivi*, 68.

¹³⁵ *Ibidem*.

¹³⁶ *Ivi*, 70.

¹³⁷ *Ibidem*.

¹³⁸ Organizzazione mondiale della Sanità, *The prevention and elimination of disrespect and abuse during facility-based childbirth*, Doc. WHO/RHR/14.23 del 2014, https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134588/WHO_RHR_14.23_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

per le donne nel cercare e usufruire di servizi sanitari materni¹³⁹.

All'interno di questo documento troviamo elencate una serie di azioni da intraprendere:

- Prestare supporto governativo e sviluppare *partnership* per realizzare ricerche e trovare soluzioni per la mancanza di rispetto e l'abuso, in particolare per definire e misurare la mancanza di rispetto e l'abuso e comprenderne l'impatto sulle donne;
- Sviluppare programmi per il miglioramento della qualità e dell'assistenza sanitaria materna ponendo attenzione, in un'ottica *people-centred*, al sostegno sociale di un accompagnatore liberamente scelto, alla mobilità, all'assunzione di cibo e liquidi, alla riservatezza, alla privacy, alla scelta informata, alle informazioni sui propri diritti, ai meccanismi di ricorso a seguito di violazioni e alla garanzia di elevati standard professionali di cure cliniche;
- Enfatizzare il rispetto dei diritti delle donne e il trattamento dignitoso e rispettoso in ambito sanitario nei casi di gravidanza e parto;
- Generare dati sulle pratiche, sui sistemi di responsabilità e sul supporto professionale, cioè attuare comportamenti responsabili e rispettosi della dignità delle pazienti che derivano dall'osservanza degli standard etici e dall'apposita formazione;
- Coinvolgere tutte le parti interessate nello sforzo di migliorare la qualità delle cure ed eliminare pratiche irrispettose e di abuso applicando localmente misure preventive e terapeutiche¹⁴⁰.

Precedentemente e successivamente a questo ultimo *Statement* del 2014 sono state messe a punto diverse iniziative dell'OMS volte a tutelare le donne in ambito riproduttivo all'interno delle strutture sanitarie. Tra il 2013 e il 2014 vengono realizzate due *Global Action Agenda, Strategies towards Ending Preventable Maternal Mortality (EPMM)* e *Every Newborn Action Plan (ENAP)*. In linea con queste nel 2015 l'OMS afferma che “*every pregnant woman and newborn receives quality care throughout pregnancy, childbirth and the postnatal period*”, per poi

¹³⁹ *Ibidem.*

¹⁴⁰ *Ibidem.*

integrare questa dichiarazione nella *Global Strategy for Women's, Children's and Adolescents' Health (2016-2030)* per il post 2015 nell'ambito dei *Sustainable Development Goals*¹⁴¹.

Per l'OMS un'assistenza di buona qualità richiede l'utilizzo tanto di interventi clinici quanto di quelli non clinici come *soft skills* e atteggiamenti che consentono di migliorare i risultati sanitari e realizzano un'esperienza positiva per le donne¹⁴².

Infatti, la “*quality of care*” (*QoC*) è una componente chiave per il diritto alla salute, per l'uguaglianza e per la dignità di donne e bambini¹⁴³. La *QoC* è definita come “[t]he extent to which health care services provided to individuals and patient populations improve desired health outcomes” attraverso “*safe, effective, timely, efficient, equitable and people-centred [healthcare]*”¹⁴⁴.

L'assistenza sanitaria deve puntare a essere definita sicura (minimizzazione dei rischi prevenibili), effettiva (presenza di servizi basati su evidenze scientifiche e linee guida basate sulle evidenze), tempestiva (eliminazione di ritardi), efficiente (massimizzazione delle risorse per evitare sprechi), equa (eliminazione di discriminazioni su genere, razza, etnia, provenienza geografica e status socioeconomico) e incentrata sulle persone (considerazione delle preferenze individuali e delle differenze culturali)¹⁴⁵.

In riferimento all'esperienza della maternità vengono segnalati inoltre tre aspetti fondamentali da considerare e di conseguenza da includere come atteggiamenti nella pratica: comunicazione (per consentire di sapere cosa succede), trattamento dignitoso e rispettoso, supporto emotivo e sociale (di scelta della donna)¹⁴⁶.

Nel recente *Statement* del 2018, dal titolo di *WHO Recommendations: Intrapartum Care for a Positive Childbirth Experience – Transforming Care of Women and Babies*

¹⁴¹ Ö. TUNÇALP, W. M. WERE, C. MACLENNAN, O. T. OLADAPO, A. M. GÜLMEZOĞLU, R. BAHL, B. DAELMANS, M. MATHAI, L. SAY, F. KRISTENSEN, M. TEMMERMAN, F. BUSTREO, “Quality of care for pregnant women and newborns - the WHO vision”, in *BJOG*, 122/2015, p. 1045, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5029576/pdf/BJO-122-1045.pdf>.

¹⁴² *Ivi*, 1046.

¹⁴³ *Ibidem*.

¹⁴⁴ *Ibidem*.

¹⁴⁵ *Ibidem*.

¹⁴⁶ *Ivi*, 1047.

for Improved Health and Well-being, viene riconosciuto che sempre più le agende mondiali si stanno occupando di ampliare il loro focus sull'assicurare alle madri e ai bambini non solo di sopravvivere alle complicazioni del travaglio ma anche di raggiungere il massimo potenziale di sviluppo nell'ambito di salute e vita¹⁴⁷. A questo proposito vengono citati sia i *Sustainable Development Goals* e in particolare il numero 3 (assicurare una vita in salute e promuovere il benessere a tutte le età) ma anche la nuova *Global Strategy for Women's, Children's and Adolescents' Health (2016-2030)*¹⁴⁸. Ancora una volta si accusa l'eccessiva medicalizzazione del processo della nascita che porta a sottostimare le capacità della donna di partorire influenzando negativamente la sua percezione dell'esperienza del parto¹⁴⁹.

L'obiettivo di questo strumento è creare delle linee guida e delle buone pratiche dato l'aumento di intervento medico nel processo di travaglio e parto che però avviene in assenza di chiare indicazioni e che contribuisce ad ampliare l'*health equity gap* tra le strutture più fornite e quelle che lo sono meno¹⁵⁰. La creazione di queste indicazioni deve partire dalle pratiche più comuni utilizzate durante il parto, analizzate in un contesto che considera l'esperienza dell'assistenza al parto come un aspetto critico nella definizione della qualità del travaglio e del parto stesso: l'esperienza non è più qualcosa di complementare alle pratiche cliniche, essendo ora indentificata come un processo psicologico¹⁵¹. Le *guidelines* infatti sono identificate nella "*positive childbirth experience*": un'esperienza di parto che non solo soddisfa ma addirittura supera le aspettative personali e socio-culturali della partoriente, inclusa la nascita di un bambino sano in un ambiente clinicamente e psicologicamente altrettanto sano con il supporto partico ed emozionale continuo da parte di accompagnatori e personale clinico gentile e tecnicamente competente¹⁵². Tale esperienza così descritta risponde al desiderio di molte donne di ottenere dal parto un senso di realizzazione e controllo attraverso il loro coinvolgimento nel processo decisionale¹⁵³.

¹⁴⁷ Organizzazione mondiale della Sanità, *WHO recommendations: Intrapartum care for a positive childbirth experience – Transforming care of women and babies for improved health and well-being*, Doc. WHO/RHR/18.12 del 2018, p. 1, <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272447/WHO-RHR-18.12-eng.pdf>.

¹⁴⁸ *Ibidem.*

¹⁴⁹ *Ibidem.*

¹⁵⁰ *Ibidem.*

¹⁵¹ *Ibidem.*

¹⁵² *Ibidem.*

¹⁵³ *Ibidem.*

Le indicazioni dettagliate proposte si rifanno a quello che viene detto “Modello dell’OMS dell’assistenza inter-parto” che vuole ottenere contemporaneamente l’accesso a un’assistenza incentrata sulla donna e sui suoi desideri e la creazione di presupposti per la nascita di un’assistenza *human rights-based*, con l’aiuto di risorse fisiche essenziali e personale competente e motivato¹⁵⁴. Tra gli aspetti di questo modello figurano:

1. Continuità dell’assistenza;
2. Assistenza rispettosa al travaglio e al parto;
3. Supporto emozionale da parte di un accompagnatore liberamente scelto;
4. Effettiva comunicazione con il personale;
5. Strategie per il sollievo dal dolore;
6. Monitoraggio regolare del travaglio, documentazione degli eventi, audit e feedback;
7. Consumo di fluidi e cibo;
8. Mobilità durante il travaglio e posizione del parto a scelta;
9. Piano medico precedentemente stabilito.

Le linee guida, definite come globali e basate sui diritti umani (create secondo lo *human rights-based approach*), sono in totale 56, di cui solo 26 rappresentano una novità nel panorama raccomandatorio dell’OMS (le altre 30 sono state integrate da precedenti lavori dell’Organizzazione)¹⁵⁵. Tutte queste linee guida sono classificate tra raccomandate, non raccomandate, raccomandate solo in specifici contesti e raccomandate solo nel contesto di ricerche rigorose¹⁵⁶. Queste sono riassumibili, concentrandosi sulla loro correlazione con i diritti umani e tralasciando i dettagli medici più tecnici (consultabili nello *Statement*) ma fornendo la definizione di alcuni tecnicismi non comunemente conosciuti, come segue¹⁵⁷.

Tipologia di assistenza	Contenuto della linea guida	Tipologia di raccomandabilità
<i>Assistenza durante travaglio e parto</i>		
1. Assistenza materna rispettosa	Rispettare dignità, privacy e confidenzialità; assicurare libertà da danno e maltrattamento; permettere scelta informata e supporto continuo durante travaglio e parto.	Raccomandata
2. Comunicazione effettiva	Usare metodi semplici e culturalmente accettabili.	Raccomandata

¹⁵⁴ *Ivi*, 3.

¹⁵⁵ *Ivi*, 2.

¹⁵⁶ *Ibidem*.

¹⁵⁷ Libera rielaborazione e sintesi: *Ivi*, 4-8.

3. Accompagnamento durante travaglio e parto	Accompagnamento durante travaglio e parto.	Raccomandata
4. Continuità dell'assistenza	Assistenza prenatale, intra-parto e post-natale.	Raccomandata
Prima fase del travaglio		
5. Definizioni delle prime fasi del travaglio latenti e attive	Definizioni delle prime fasi del travaglio latenti e attive.	Raccomandata
6. Durata della prima fase di travaglio	Indicazioni specifiche sulla durata della prima fase del travaglio latente e attiva.	Raccomandata
7-8-9. Progresso della prima fase del travaglio	Indicazioni sul processo di dilatazione della cervice e sulla necessita di interventi ostetrici o farmacologici.	Non raccomandate
10. Politica di ammissione alla sala parto	Politica di ammissione ritardata alla sala parto fino alla prima fase attiva per partorienti in salute che presentano travaglio spontaneo.	Raccomandata solo nel contesto di ricerche rigorose
11. Pelvimetria clinica all'ammissione	Pelvimetria clinica di routine durante il travaglio per l'ammissione su partorienti sane.	Non raccomandata
12. Valutazione di routine sul benessere fetale all'ammissione durante il travaglio	Attraverso cardiocografia (monitoraggio della frequenza cardiaca fetale e delle contrazioni uterine).	Non raccomandata
13. Valutazione di routine sul benessere fetale all'ammissione durante il travaglio	Auscultazione (ascolto) attraverso ultrasonografia Doppler (misurazione della velocità del flusso cerebrale attraverso un'arteria) o stetoscopio di Pinard (corno cavo in legno/metallo usato per ascoltare la frequenza cardiaca del feto).	Raccomandata
14. Rasatura perineale/pubica	Rasatura perineale/pubica.	Non raccomandata
15. Enema all'ammissione	Per velocizzare il travaglio.	Non raccomandata
16. Esame vaginale digitale	Per valutazioni di routine della prima fase attiva del travaglio in partorienti a basso rischio con un intervallo di quattro ore.	Raccomandata
17. Cardiocografia continua durante il travaglio	Per valutazione del benessere del feto in partorienti in travaglio spontaneo.	Non raccomandata
18. Auscultazione intermittente del battito cardiaco fetale durante il travaglio	Attraverso ultrasonografia Doppler o stetoscopio di Pinard per partorienti in salute in travaglio.	Raccomandata
19. Epidurale per sollievo dal dolore	Secondo le preferenze delle partorienti in salute.	Raccomandata
20. Oppioide per sollievo dal dolore	Secondo le preferenze delle partorienti in salute (oppioidi parenterali come fentanil, diamorfina e pefidina).	Raccomandata
21. Tecniche di rilassamento per la gestione del dolore	Secondo le preferenze delle partorienti in salute (rilassamento muscolare progressivo, respirazione, musica, tecniche di mindfulness e altre).	Raccomandata
22. Tecniche manuali per la gestione del dolore	Secondo le preferenze delle partorienti in salute (massaggio, applicazione di impacchi caldi e altro).	Raccomandata
23. Sollievo dal dolore per evitare il ritardo del travaglio	Sollievo dal dolore per evitare il ritardo del travaglio.	Non raccomandata
24. Fluidi per via orale e	Per partorienti a basso rischio.	Raccomandata

cibo		
25. Mobilità materna e posizione	Incoraggiare mobilità e adozione di una posizione verticale durante il travaglio per donne a basso rischio.	Raccomandata
26. Pulizia vaginale	Pulizia vaginale di routine con clorexidina durante il travaglio con lo scopo di prevenire infezioni	Non raccomandata
27. Gestione attiva del travaglio	Assistenza per gestione attiva del travaglio per evitare ritardo.	Non raccomandata
28. Amniotomia di routine	Per evitare il ritardo del travaglio.	Non raccomandata
29. Amniotomia precoce e ossitocina	Per evitare il ritardo del travaglio.	Non raccomandata
30. Ossitocina per donne sotto epidurale	Per evitare il ritardo del travaglio.	Non raccomandata
31. Agenti antispasmodici	Per evitare il ritardo del travaglio.	Non raccomandata
32. Fluidi intravenosi per evitare il ritardo del travaglio	Con lo scopo di accorciare la durata del travaglio.	Non raccomandata
Seconda fase del travaglio		
33. Definizione e durata della seconda fase del travaglio	Definizioni di seconda fase del travaglio.	Raccomandata
34. Posizione per il parto (per partorienti non sottoposte a epidurale)	Incoraggiare l'assunzione di posizioni scelte dalla donna, inclusa quella in piedi.	Raccomandata
35. 34. Posizione per il parto (per partorienti sotto epidurale)	Incoraggiare l'assunzione di posizioni scelte dalla donna, inclusa quella in piedi.	Raccomandata
36. Metodo per spingere	Nella fase espulsiva della seconda fase del travaglio incoraggiare e supportare il bisogno della partorienti di spingere.	Raccomandata
37. Metodo per spingere (per partorienti sotto epidurale)	Ritardare spingendo per una/due ore successivamente alla completa dilatazione o fino a che la donna non riacquista il bisogno sensoriale di spingere solo in contesti in cui sono disponibili risorse per una permanenza maggiore durante la seconda fase e la ipossia (carezza di ossigeno) perinatale può essere adeguatamente valutata e gestita.	Raccomandata solo in contesti specifici
38. Tecniche per prevenire traumi perineali	Tecniche per ridurre traumi perineali e facilitare il parto spontaneo (massaggio perineale, bendaggi caldi, mani a protezione del perineo e altro) secondo preferenze della partorienti e opzioni disponibili.	Raccomandata
39. Politica sull'episiotomia	Uso routinario e ampio dell'episiotomia per partorienti sottoposte a parto vaginale spontaneo.	Non raccomandata
40. Pressione sul fondo dell'utero	Applicazione di pressione sul fondo dell'utero per facilitare il parto.	Non raccomandata
Terza fase del travaglio		
41. Uterotonici di profilassi	Uso di uterotonici per la prevenzione delle emorragie post-parto durante la terza fase del travaglio per tutti i parti.	Raccomandata
42. Uterotonici di profilassi	Uso di ossitocina (uterotonico) per la prevenzione delle emorragie post-parto.	Raccomandata
43. Uterotonici di profilassi	Se l'ossitocina non è disponibile, uso di altri uterotonici (ergometrina/metilergometrina o la combinazione di ossitocina ed ergometrina) o misoprostolo per via orale.	Raccomandata
44. Blocco ritardato del cordone ombelicale	Blocco ritardato (non prima di un minuto dopo la nascita) del cordone ombelicale per migliorare la salute di madre e bambino e i risultati nutritivi.	Raccomandata
45. Trazione controllata	In strutture con personale qualificato e per parti vaginali	Raccomandata

del cordone (CCT)	solo se medico e partoriente ritengono che una piccola riduzione della perdita di sangue e della terza fase del travaglio sia importante.	
46. Massaggio uterino	Per impedire emorragie post-parto nelle partorienti che hanno ricevuto ossitocina di profilassi.	Non raccomandata
Assistenza al neonato		
47. Suzione nasale o orale di routine	In neonati nati in fluido amniotico chiaro e che iniziano a respirare da soli dopo la nascita.	Non raccomandata
48. Contatto pelle contro pelle	Per neonati nati senza complicazioni nella prima ora dopo la nascita per impedire ipotermia e promuovere l'allattamento.	Raccomandata
49. Allattamento	Per tutti i bambini, anche quelli sottopeso, clinicamente stabili, il più presto possibile e quando sono pronti sia loro che le madri.	Raccomandata
50. Vitamina K per la profilassi delle emorragie	Somministrare 1 mg di vitamina K intramuscolo dopo la nascita (es. dopo la prima ora entro cui deve avvenire il contatto pelle contro pelle con la madre e l'inizio dell'allattamento).	Raccomandata
51. Bagno e altra assistenza post-natale immediata del neonato	Ritardare il bagno a 24 ore dopo la nascita o, se ciò non è possibile per ragioni culturali, ad almeno 6 ore. Vestire il bambino con abbigliamento adatto alla temperatura dell'ambiente (uno/due strati di vestiti in più rispetto agli adulti e uso di cappellini). La madre e il bambino non devono essere separati e devono restare nella stessa stanza.	Raccomandata
Assistenza alla donna post-parto		
52. Valutazione del tono uterino	Per la pronta identificazione dell'atonía uterina.	Raccomandata
53. Antibiotici per parto vaginale privo di complicazioni	Profilassi antibiotica di routine per partorienti che non hanno incontrato complicazioni.	Non raccomandata
54. Profilassi antibiotica di routine per episiotomia	Profilassi antibiotica di routine per partorienti che sono state sottoposte a episiotomia.	Non raccomandata
55. Valutazione materna post-parto di routine	Valutazioni di routine nelle prime 24 ore su sanguinamento vaginale, contrazione uterina, altezza del fondo uterino, temperatura e battito cardiaco (pulsazioni). La pressione sanguigna deve essere misurata subito dopo il parto, se questa è normale la seconda misurazione deve essere effettuata entro le successive 6 ore. Lo svuotamento vescicale deve essere documentato entro 6 ore.	Raccomandata
56. Dimissione post-natale in seguito a un parto privo di complicazioni	In caso di un parto privo di complicazioni in una struttura sanitaria, donne e neonati in salute dovrebbero ricevere assistenza all'interno della struttura per almeno 24 ore dopo il parto.	Raccomandata

5. Violenza ginecologica e ostetrica, sue tipologie e cause nel Rapporto della Relatrice Speciale sulla violenza contro le donne delle Nazioni Unite del 2019

Il Rapporto del 2019 della Relatrice Speciale sulla violenza contro le donne delle Nazioni Unite, Dubravka Šimonović, tratta per la prima volta a livello internazionale

la violenza ginecologica, definita come “fenomeno ripetuto e sistematico” che provoca “inquietudine crescente nelle donne”¹⁵⁸. La Rappresentante cita anche le conclusioni dell’OMS sul tema: la violenza ginecologica e ostetrica rappresenta una minaccia alla vita, alla salute, all’integrità fisica e all’uguaglianza¹⁵⁹.

La violenza ginecologica viene vista come un prolungamento delle più “classiche” violazioni attuate nei confronti delle donne (*gender-based violence*) e determinate da disuguaglianze strutturali, discriminazione e ideologia patriarcale che si uniscono alle conseguenze dell’insufficiente sensibilizzazione e formazione e della mancanza di rispetto nei confronti delle donne e dei loro diritti¹⁶⁰.

Si tratta di atti commissivi o omissivi non direttamente imputabili allo Stato ma realizzati da soggetti che per legge possono esercitare prerogative di potere pubblico e da organismi privati che forniscono servizi pubblici o che gestiscono centri di detenzione¹⁶¹.

La violenza ginecologica e ostetrica non esisteva come fenomeno a livello internazionale prima di questo rapporto, né veniva realmente considerata come una tipologia di violenza per una sua costante banalizzazione¹⁶². Questa violenza, intesa come tutti gli atti subiti dalle donne nel momento del parto, viene associata dalla Relatrice a una moltitudine di denominazioni come maltrattamenti, mancanza di rispetto, sevizie, violenza fisica, violenza nei confronti delle donne o procurata alle donne: sostanzialmente forme di violenza o vere e proprie violazioni dei diritti umani che spesso non sono determinati nemmeno da intenzionalità ma vengono provocate e normalizzate dalle disuguaglianze strutturali e dal patriarcato¹⁶³. Molti di questi abusi non vengono nemmeno denunciati per vergogna, per paura di stigmatizzazione o perché si pensa che quello che si è sperimentato sia normale o isolato¹⁶⁴.

La Relatrice Speciale sistematizza la violenza sessuale in una lista, da lei giudicata non

¹⁵⁸ Assemblea Generale delle Nazioni Unite, *Adoption d’une démarche fondée sur les droits de la personne dans la lutte contre les mauvais traitements et les violences infligés aux femmes dans les services de santé procréative, en particulier les violences commises pendant l’accouchement et les violences obstétricales* – Note du Secrétaire général Dubravka Šimonović, p. 5.

¹⁵⁹ *Ibidem*.

¹⁶⁰ *Ivi*, 6.

¹⁶¹ *Ibidem*.

¹⁶² *Ivi*, 7.

¹⁶³ *Ibidem*.

¹⁶⁴ *Ivi*, 8.

esaustiva, dei maltrattamenti subiti dalle donne nell'ambito della salute sessuale e riproduttiva.

- Sinfisiotomia (incisione volta ad allargare il bacino per facilitare il parto): non solo può costituire un atto di tortura essendo doloroso e fortemente invalidante ma è spesso praticata all'insaputa (assenza del consenso libero) della partorientente¹⁶⁵.
- Sterilizzazione e aborto forzati: vietati dalla *Convenzione di Istanbul* del Consiglio d'Europa (2011) e dalla *Convenzione sull'eliminazione di tutte le forme di discriminazione contro le donne* (1979) e assimilata a tortura o trattamenti crudeli, inumani o degradanti¹⁶⁶. Vengono spesso praticati, senza consenso, nella falsa credenza di agire nell'interesse superiore della donna, poiché si ritiene che alcune categorie di donne (minoranze rom, indigene, disabili o affette da HIV) non siano degne di procreare, siano incapaci di prendere decisioni responsabili sulla contraccezione o non possano essere delle "buone madri"¹⁶⁷.
- Immobilizzazione al letto e privazione della libertà: le donne vengono legate e imbavagliate (ammanettate nel caso di detenute nonostante ci sia una guardia a sorveglianza) soprattutto durante travaglio, parto e post-parto¹⁶⁸. Altro aspetto di questo tema è il trattenimento all'interno degli ospedali della donna se non in grado di pagare le spese mediche¹⁶⁹.
- Parto cesareo: questa tipologia di parto dovrebbe essere utilizzata nel caso in cui la vita della madre o del feto fosse in pericolo. Purtroppo osserviamo un aumento eccessivo del ricorso a questa pratica in assenza di motivazioni mediche¹⁷⁰. La ragione è legata alla redditività (che addirittura aumenta se il cesareo viene programmato) e alla riduzione delle tempistiche¹⁷¹.
- Episiotomia (incisione del perineo e della parete posteriore della vagina per allargare l'orifizio vaginale): è stato formalmente sconsigliato dall'OMS per le

¹⁶⁵ *Ivi*, 9.

¹⁶⁶ *Ivi*, 9-10.

¹⁶⁷ *Ibidem*.

¹⁶⁸ *Ivi*, 10.

¹⁶⁹ *Ibidem*.

¹⁷⁰ *Ivi*, 11.

¹⁷¹ *Ibidem*.

sue conseguenze fisiche (morte, dolore anche nei rapporti sessuali, perdite di feci e gas¹⁷²) e psicologiche, ampiamente criticato per l'impiego eccessivo e l'esecuzione senza consenso o anestesia ed equiparato ad atti di tortura o trattamenti inumani e degradanti¹⁷³. Spesso la donna non si accorge immediatamente dell'episiotomia perché è sotto antidolorifici, a causa della posizione assunta per il parto o perché il dolore di questa pratica si mescola con quello generale del parto¹⁷⁴.

- Ossitocina sintetica: ormone in grado di stimolare le contrazioni della muscolatura liscia dell'utero e utilizzato perciò per indurre il travaglio, nonostante il rischio di interferire con i recettori di ossitocina naturale e con la sua produzione, fondamentale per evitare emorragie post-parto e per facilitare allattamento e legame con il neonato¹⁷⁵. Nonostante questo ormone sia naturalmente prodotto dal corpo umano, per facilitare il travaglio si ricorre, in maniera eccessiva, anche alla sua forma sintetica¹⁷⁶. Purtroppo può portare con sé conseguenze come la morte in utero del feto, la rottura uterina e forti dolori per la partoriente¹⁷⁷.
- Manovra di Kristeller (applicazione di pressione manuale sul fondo uterino durante la contrazione e la spinta materna): non viene raccomandata dall'OMS per le conseguenze che può avere per madre e neonato, risulta dolorosa per la madre poiché la pressione viene spesso esercitata con il gomito e l'avambraccio o con il peso di tutto il corpo del medico¹⁷⁸.
- Esami vaginali: eseguiti spesso senza consenso e senza rispetto della privacy e dell'intimità (davanti a terzi)¹⁷⁹.

¹⁷² E. KUKURA, "Obstetric Violence", in *Georgetown Law Journal*, 106/2018, p. 730, <https://ssrn.com/abstract=3167375>.

¹⁷³ Assemblea Generale delle Nazioni Unite, *Adoption d'une démarche fondée sur les droits de la personne dans la lutte contre les mauvais traitements et les violences infligés aux femmes dans les services de santé procréative, en particulier les violences commises pendant l'accouchement et les violences obstétricales – Note du Secrétaire général Dubravka Šimonović*, p. 11.

¹⁷⁴ E. KUKURA, "Obstetric Violence", p. 730.

¹⁷⁵ *Ivi*, 757.

¹⁷⁶ Assemblea Generale delle Nazioni Unite, *Adoption d'une démarche fondée sur les droits de la personne dans la lutte contre les mauvais traitements et les violences infligés aux femmes dans les services de santé procréative, en particulier les violences commises pendant l'accouchement et les violences obstétricales – Note du Secrétaire général Dubravka Šimonović*, p. 12.

¹⁷⁷ *Ibidem*.

¹⁷⁸ *Ibidem*.

¹⁷⁹ *Ibidem*.

- Assenza di anestesia durante pratiche o interventi chirurgici, andando potenzialmente a costituire un trattamento inumano e degradante¹⁸⁰.
- Punti di sutura stretti: si citano i “punti del marito” (anche questa pratica potrebbe costituire un trattamento inumano e degradante)¹⁸¹, cioè punti di sutura, applicati post-parto, che vanno a restringere la vagina per compiacere e soddisfare sessualmente il partner della donna, che al contrario prova dolore durante i rapporti sessuali. Tale pratica rappresenta un chiaro sintomo dell’oggettivizzazione del corpo femminile.
- Ritardi eccessivi nel fornire cure mediche, anche in questo caso si individua una potenziale violazione del divieto di trattamenti inumani e degradanti¹⁸².
- Abusi verbali, commenti sessisti e umilianti durante il parto, minacce di non fornire assistenza medica o di violenza fisica, accuse per conseguenze avverse: questa tipologia di violenza psicologica si verifica soprattutto nei confronti di donne con condizioni socio-economiche modeste e nel momento in cui non dimostrano collaborazione nei confronti dei sanitari¹⁸³. La Relatrice cita a sostegno anche alcuni commenti che sono stati rivolti a donne durante il parto come “non hai pianto quando l’hai fatto [sesso], quindi apri le gambe oppure il tuo bambino morirà e sarà colpa tua” oppure “non hai pianto quando avevi il suo pene dentro di te, allora perché piangi adesso?”¹⁸⁴.
- Assenza del consenso informato¹⁸⁵ e autorizzazione per beneficiare di trattamenti medici consensuali richiesta a un terzo come il marito o il padre della donna¹⁸⁶.
- Accesso negato a metodi contraccettivi moderni: violazione del diritto alla non discriminazione, del diritto ad accedere a servizi sanitari e informazioni sulla propria salute (diritto alla salute) e del diritto a decidere su *number, spacing e timing* dei propri figli¹⁸⁷.

¹⁸⁰ *Ibidem.*

¹⁸¹ *Ibidem.*

¹⁸² *Ibidem.*

¹⁸³ *Ivi*, 12-13.

¹⁸⁴ *Ibidem.*

¹⁸⁵ *Ivi*, 13.

Le informazioni rilasciate dalla Relatrice Speciale sul tema del consenso informato possono essere trovate all’interno del paragrafo 1.6.1. di questo stesso capitolo.

¹⁸⁶ *Ivi*, 16.

¹⁸⁷ *Ivi*, 20-21.

All'interno del rapporto sono individuate e analizzate alcune delle cause profonde alla base del fenomeno della violenza ginecologica e ostetrica.

- Condizioni di lavoro: carenza di personale, sovraffollamento delle strutture, salari bassi, orari di lavoro lunghi e mancanza di infrastrutture¹⁸⁸. Tutto ciò crea un clima lavorativo stressante e, a causa della demotivazione, comportamenti non professionali che non vengono arginati da supporto e supervisione nei confronti degli operatori sanitari¹⁸⁹.
- Sovra-rappresentazione storica degli uomini nei servizi ginecologici e ostetrici¹⁹⁰.
- Assenza di sufficienti risorse per la sanità femminile¹⁹¹.
- Mancanza di formazione adeguata a livello deontologico e legata al rispetto dei diritti dei pazienti e all'eliminazione della discriminazione¹⁹².
- Cultura basata su discriminazioni e stereotipi sessisti¹⁹³.
- Rapporti di forza e abuso della dottrina della necessità medica: i medici fanno leva sulle loro conoscenze e sul loro status sociale, ciò contribuisce a creare una cultura di impunità che sostiene la commissione di maltrattamenti realizzati in nome della necessità medica¹⁹⁴.

La Relatrice conclude fornendo agli Stati una serie di raccomandazioni per debellare la violenza ginecologica e ostetrica e migliorare l'esperienza della gravidanza, del travaglio, del parto e del puerperio delle donne in ambito sanitario.

- Rispettare, proteggere e realizzare i diritti delle donne, compreso quello di godere del miglior stato di salute fisico e mentale in ambito riproduttivo e quello di non essere sottomesse a violenze sulla base del genere, predisponendo una riparazione per le vittime¹⁹⁵.
- Divieto di discriminazione, violenze, sessismo, violenza psicologica, tortura,

¹⁸⁸ *Ivi*, 15-16.

¹⁸⁹ *Ibidem*.

¹⁹⁰ *Ivi*, 15.

¹⁹¹ *Ibidem*.

¹⁹² *Ibidem*.

¹⁹³ *Ibidem*.

¹⁹⁴ *Ivi*, 17-18.

¹⁹⁵ *Ivi*, 23-24.

trattamenti inumani e degradanti e coercizione¹⁹⁶.

- Obbligo di predisporre risorse finanziarie per garantire l'accesso all'assistenza sanitaria riproduttiva (parto, visite ginecologiche, trattamenti per l'infertilità, aborto e contraccezione)¹⁹⁷.
- Affrontare i problemi strutturali dei sistemi sanitari legati alle strutture socio-economiche discriminatorie della società¹⁹⁸.
- Sottoporre gli operatori sanitari a sessioni informative o di formazione sui diritti umani delle donne¹⁹⁹.
- Compensare la mancanza di personale qualificato riducendo così il carico di lavoro per singolo operatore nelle strutture sanitarie²⁰⁰.
- Destinare fondi, personale e attrezzature sufficienti ai servizi di maternità²⁰¹.

Sul consenso informato afferma di dover:

- Applicare il consenso informato debitamente ed efficacemente soprattutto nel caso di tagli cesari, episiotomia o altro trattamento invasivo;
- Rispettare l'autonomia e l'integrità delle donne e la loro capacità di prendere decisioni informate sulla loro salute riproduttiva;
- Garantire il diritto a essere accompagnate da una persona di propria scelta e di fiducia durante il parto;
- Consentire e non criminalizzare il parto in casa²⁰².

Sul principio di responsabilità invece suggerisce di:

- Istituire meccanismi di responsabilità basati sui diritti umani per offrire forme di riparazione;
- Garantire che le associazioni professionali ritengano gli operatori sanitari responsabili e impongano loro sanzioni e che le vittime abbiano accesso alla

¹⁹⁶ *Ivi*, 24.

¹⁹⁷ *Ibidem*.

¹⁹⁸ *Ibidem*.

¹⁹⁹ *Ibidem*.

²⁰⁰ *Ibidem*.

²⁰¹ *Ibidem*.

²⁰² *Ivi*, 25.

giustizia²⁰³.

Sulle leggi discriminatorie e sugli stereotipi di genere dannosi infine afferma di dover:

- Rivedere e rafforzare la legislazione che vieta le forme di maltrattamento contro le donne in ambito riproduttivo;
- Abolire disposizioni che richiedono il permesso di mariti, genitori o terzi per ricevere cure di salute riproduttiva;
- Abrogare leggi che criminalizzano l'aborto; revocare sanzioni contro le donne che abortiscono; legalizzare l'aborto in caso di violenza sessuale, stupro, incesto o quando c'è rischio per la gestante; garantire accesso a cure mediche post-aborto;
- Revocare i provvedimenti penali e le pene detentive nei confronti di donne che hanno chiesto cure ostetriche di emergenza soprattutto in seguito ad aborti spontanei e revocare le sanzioni nei confronti dei medici affinché possano operare liberamente in questo ambito;
- Proibire la pratica della sterilizzazione (forzata) soprattutto nei confronti di donne appartenenti a minoranze o donne indigene e fornire rimedi e risarcimenti adeguati alle vittime;
- Lottare contro la discriminazione incrociata e l'aggravamento degli stereotipi nei confronti di particolari categorie di individui²⁰⁴.

6. Rapporto della Relatrice Speciale sul diritto di tutte le persone al più elevato livello possibile di salute fisica e mentale sull'impatto della pandemia da Covid-19 sui diritti sessuali e riproduttivi del 2021

La Relatrice Speciale sul diritto di tutti al godimento del più elevato standard ottenibile di salute fisica e mentale, Tlaleng Mofokeng, ha realizzato nel 2021, come suo primo rapporto, *Sexual and Reproductive Health Rights: Challenges and Opportunities during the COVID-19 Pandemic* incentrato sulle conseguenze, positive e negative, della pandemia sul rispetto dei diritti sessuali e riproduttivi.

²⁰³ *Ibidem*.

²⁰⁴ *Ivi*, 26.

Mofokeng inizia il suo report affermando che il diritto alla salute sessuale e riproduttiva è parte integrante del diritto alla salute e fondato sui principi di non discriminazione, uguaglianza, privacy, integrità, autonomia, dignità e benessere degli individui²⁰⁵.

La Relatrice prosegue tracciando un *fil rouge* tra i diritti sessuali e riproduttivi e il colonialismo mostrando come i coloni, spinti dalla percezione della carenza di manodopera nelle piantagioni e nelle industrie per l'export, avessero incoraggiato la crescita demografica delle popolazioni autoctone²⁰⁶. Nella fase post-coloniale delle organizzazioni internazionali si scoraggiava la riproduzione ed è promossa invece la pianificazione familiare, per cui una famiglia di piccole dimensioni era strumento per lo sviluppo economico e la sicurezza globale²⁰⁷. Da qui si è passati successivamente al brutale controllo delle nascite per donne nere o indigene in nome della limitazione del fenomeno della sovrappopolazione, che chiaramente mascherava sentimenti di razzismo e classismo (riproduzione stratificata)²⁰⁸. Sostanzialmente, gli Stati incoraggiano la riproduzione di persone “desiderate” per assicurarsi forza, crescita economica, protezione dall'aggressione esterna e dell'identità nazionale: tutto ciò ha impatto su altri aspetti quali consenso, contraccezione, assistenza medica prenatale, ruolo della madre nella vita del figlio, aborto e rapporti sessuali consensuali tra persone dello stesso sesso²⁰⁹.

Tornando nello specifico ai diritti sessuali e riproduttivi costa ammettere che spesso gli Stati non perseguono l'obiettivo dell'equità sanitaria, per cui sarebbe necessario un diverso approccio incentrato sui bisogni biologici della donna che renderebbe possibile il raggiungimento di un'uguaglianza sostanziale e la tutela della salute sessuale e riproduttiva ponendosi per loro in questo senso l'obbligo di rispettare i diritti umani in campo di salute sessuale e riproduttiva²¹⁰.

²⁰⁵ Assemblea Generale delle Nazioni Unite, *Sexual and reproductive health rights: challenges and opportunities during the COVID-19 pandemic – Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health, Tlaleng Mofokeng*, UN Doc. A/76/172 del 16 luglio 2021, ¶ 1, <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N21/195/83/PDF/N2119583.pdf?OpenElement>.

²⁰⁶ *Ivi*, ¶ 2.

²⁰⁷ *Ibidem*.

²⁰⁸ *Ivi*, ¶ 3.

²⁰⁹ *Ivi*, ¶ 4.

²¹⁰ *Ivi*, ¶ 9.

Secondo il Comitato sui diritti economici, sociali e culturali, il diritto alla vita sessuale e riproduttiva, individuato nell'articolo 12 dell'omonimo *Patto*, si fonda sul diritto alla vita, sul diritto alla salute, sulla libertà di opinione ed espressione, sul diritto al consenso al matrimonio e all'uguaglianza nel matrimonio, sulla libertà da violenza di genere, tortura e maltrattamenti, sul diritto a un rimedio effettivo in caso di violazioni dei diritti fondamentali²¹¹. Purtroppo alcune determinanti sociali della salute ostacolano la realizzazione del diritto alla salute sessuale e riproduttiva, parliamo di disuguaglianza sociali fondate su reddito, genere, luogo di origine, cittadinanza, status (migrante o senz'atetto), età, disabilità, discriminazione, orientamento sessuale, stato di salute (HIV/AIDS), professione (*sex worker*)²¹².

La Relatrice prosegue poi citando, in maniera innovativa, un delicato aspetto della salute sessuale e riproduttiva che si sta fortunatamente imponendo recentemente e lo fa sottolineando l'importanza di includere trattamenti ormonali per donne anziane e persone con diverse identità di genere e trattamenti e chirurgia di riaffermazione del genere e di perseguire la protezione dell'integrità fisica di bambini e adulti nati con tratti intersessuali da quelle pratiche dannose che influenzano negativamente la loro autonomia e i loro diritti sessuali e riproduttivi²¹³.

Il Report della Relatrice Speciale si concentra sullo studio delle conseguenze dell'impatto della pandemia da COVID-19 sui diritti sessuali e riproduttivi in relazione alla riduzione o interruzione della fornitura di servizi legati alla salute sessuale e riproduttiva sia a causa dei divieti di trasporto e mobilità, sia per la decisione di reindirizzarli, in tutto o in parte, alla risposta al virus²¹⁴.

Alcuni dei drammatici esiti riscontrati dalla Relatrice Speciale sono stati:

- L'impossibilità di proteggersi da gravidanze indesiderate, HIV e MST;
- Il ritardo legato a screening e trattamenti per tumori dell'apparato riproduttore;
- L'ulteriore marginalizzazione di gruppi sociali sulla base di discriminanti socio-economiche, razziali ed etniche²¹⁵.

²¹¹ *Ivi*, ¶ 18.

²¹² *Ivi*, ¶ 10.

²¹³ *Ivi*, ¶ 20.

²¹⁴ *Ivi*, ¶ 24.

²¹⁵ *Ibidem*.

Di seguito sono riassunti i risultati dello studio su tali conseguenze in termini di sfide e opportunità.

<i>Aspetto della salute sessuale e riproduttiva</i>	<i>Opportunità</i>	<i>Sfide</i>
Servizi sanitari per madri, neonati e bambini	Alcuni Paesi hanno riconosciuto l'assistenza alla salute materna come servizio essenziale (Cina, India, Tunisia, Georgia e Messico) ²¹⁶ . Il Guatemala ha riconosciuto il ruolo delle ostetriche indigene permettendo un'eccezione al coprifuoco per prestare servizio ²¹⁷ .	Date le restrizioni alla mobilità, i servizi per la salute sessuale e riproduttiva sono divenuti globalmente meno disponibili, inaccessibili o cari o se ne è osservato un minore utilizzo (soprattutto in Africa meridionale e orientale) ²¹⁸ . In Asia (+30%) e in America Latina (+10%) si è registrato un aumento delle morti materne e neonatali ²¹⁹ . In Europa e in America Latina la pandemia ha esacerbato maltrattamenti e violenza ostetrica ²²⁰ .
Pianificazione familiare, contraccezione e contraccezione di emergenza		La pandemia ha esacerbato le tipiche barriere che quotidianamente affrontano gli adolescenti nell'accesso a servizi di salute sessuale e riproduttiva ²²¹ . Su 105 Paesi il 90% ha messo in pratica interruzioni dei servizi sanitari e il 68% ha interrotto quelli di pianificazione familiare ²²² . Alcune delle conseguenze dei lockdown, delle interruzioni dei servizi sanitari, dell'esaurimento delle scorte di prodotti e delle difficoltà finanziarie sono stati gravidanze indesiderate (per minore accesso alla contraccezione) e cambiamenti delle intenzioni legate a fertilità e riproduzione (ritardare gravidanze o avere meno figli) ²²³ .

²¹⁶ *Ivi*, ¶ 28.

²¹⁷ *Ibidem*.

²¹⁸ *Ivi*, ¶ 29.

²¹⁹ *Ivi*, ¶ 30.

²²⁰ *Ivi*, ¶ 32.

²²¹ *Ivi*, ¶ 35.

²²² *Ivi*, ¶ 36.

²²³ *Ivi*, ¶¶ 37-39.

Aborto	<p>Il Brasile, l'Irlanda e il Regno Unito hanno introdotto la telemedicina per l'aborto (aborto farmacologico autogestito seguito da remoto – video, chiamate, email – dai medici);</p> <p>In Argentina si è legalizzato l'aborto;</p> <p>In Francia e Germania ci sono stati “rilassamenti” sulle regolamentazioni sull'aborto;</p> <p>Il Sudafrica ha portato avanti misure ad hoc per l'accesso all'aborto legale e sicuro;</p> <p>Negli Stati Uniti non sono state rinforzate le restrizioni sulla medicina da aborto²²⁴.</p>	<p>Se, come abbiamo detto, alcuni Stati hanno riconosciuto la salute sessuale e riproduttiva come un servizio essenziale durante la pandemia, altri come Croazia, Austria, Germania, Romania e 11 Stati degli USA non si sono mossi in questo senso²²⁵.</p> <p>Altri in tema di aborto hanno fatto dei pericolosi passi indietro: in Polonia si è andati sempre più incontro a una legislazione retrograda, silenziando il dissenso a riguardo; in Brasile è diventato obbligatorio denunciare alla polizia casi di accesso all'aborto dopo uno stupro; sia in Italia che in Russia sono stati frapposti ostacoli e si è ritardato l'accesso all'aborto sicuro²²⁶.</p>
Adolescenti e salute sessuale e riproduttiva		<p>Con il lockdown è stato impedito agli adolescenti di spostarsi verso le strutture sanitarie, a ciò si sono aggiunti il blocco delle <i>supply chain</i> sia per la contraccezione sia per i dispositivi per l'igiene (assorbenti) e il limitato accesso alle informazioni di stampo sessuale (limitazione dell'educazione sessuale e mestruale nelle scuole dimenticata nella didattica a distanza)²²⁷.</p>
Supporto per sopravvissuti a violenza di genere e a violenza sessuale		<p>Durante la pandemia si è registrato globalmente (ma soprattutto in America Latina) un aumento della violenza di genere: lockdown e misure restrittive hanno aumentato le tensioni causate da preoccupazioni per sicurezza, salute e denaro, isolando le donne in situazioni di abuso e di maggiore controllo da parte dei loro carnefici²²⁸. A ciò si aggiunge il mancato o limitato accesso a servizi specializzati</p>

²²⁴ *Ivi*, ¶ 43.

²²⁵ *Ibidem*.

²²⁶ *Ibidem*.

²²⁷ *Ivi*, ¶ 48.

²²⁸ *Ivi*, ¶ 52.

		di supporto e di rifugio per le donne ²²⁹ . Anche la situazione per i giovani LGBTQ+ è peggiorata portandoli durante la pandemia a dover compiere una scelta: dipendendo economicamente dalle loro famiglie hanno dovuto o sopportare il clima domestico di violenza o diventare senz'altro, essendo anche per loro limitato l'accesso a rifugi e servizi di <i>counseling</i> ²³⁰ .
HIV/AIDS		Si sono verificate l'interruzione dei servizi legati all'HIV (sia diagnosi che trattamenti) e il blocco della relativa <i>supply chain</i> ²³¹ .
Tumori dell'apparato riproduttore		Si è verificata la riduzione della somministrazione dei vaccini per il papillomavirus umano ²³² .

7. Altri contributi alla definizione di violenza ginecologica e ostetrica

Nell'articolo "Operationalizing a Human Rights-Based Approach to Address Mistreatment against Women during Childbirth" (2020) gli autori sottolineano che la violenza ostetrica ha probabilità di accadere tra i 30 minuti prima del parto e i suoi successivi 15 minuti²³³.

Gli abusi individuati dagli autori sotto il nome di violenza ostetrica, che fanno parte di un *continuum* di stigma e discriminazione sociale²³⁴, riprendono quanto già registrato dalla Relatrice Speciale per la violenza sulle donne nel 2019.

Alcuni degli aspetti riguardanti la violenza ginecologica e ostetrica che questo articolo approfondisce sono negazione di assistenza e ritardi (soprattutto per status economico o HIV), separazione dai figli, segregazione, allontanamento e detenzione (la privazione di libertà viene legata anche qui a cause sociali – razza, etnia, condizione

²²⁹ *Ibidem*.

²³⁰ *Ivi*, ¶ 54.

²³¹ *Ivi*, ¶ 59.

²³² *Ivi*, ¶ 63.

²³³ C. ZAMPAS, A. AMIN, L. O'HANLON, A. BJERREGAARD, H. MEHRTASH, R. KHOSLA, Ö. TUNÇALP, "Operationalizing a Human Rights-Based Approach to Address Mistreatment against Women during Childbirth", p. 253.

²³⁴ *Ivi*, 254.

di salute ed economiche per l'impossibilità di sostenere le spese mediche)²³⁵.

Infine, vengono elencati quali sono i reali *driver* a livello istituzionale e socio-culturale che portano a perpetuare atti di violenza contro le donne partorienti o più in generale in ambito riproduttivo.

- Leggi sul consenso coniugale o di terze parti per sottoporsi a trattamenti medici (mancanza di autonomia decisionale)²³⁶.
- Leggi che privano le donne con disabilità della capacità legale di prendere decisioni, trasferendo questa capacità a un membro della famiglia o a un'autorità istituzionale²³⁷.
- Leggi che riconoscono lo stato di persona del feto e che quindi attribuiscono priorità alla vita del feto sulla salute della madre²³⁸.
- Concezione stereotipica sull'incapacità delle donne di prendere decisioni razionali perché considerate emotive e vulnerabili²³⁹.
- Concezione stereotipica che lega il ruolo delle donne alla funzione di madre: la capacità riproduttiva femminile viene vista come un dovere e un sacrificio e quindi il dolore del parto è naturale e aspettato²⁴⁰. Gli stereotipi portano all'alterazione della percezione del corpo della donna che facilita l'utilizzo di forme di violenza²⁴¹. La normalizzazione spesso avviene proprio perché sono donne (professioniste della salute) a perpetuare queste violenze contro altre donne (pazienti) per cause individuate nel *gap* salariale, nella mancanza di assunzione formale, nell'esclusione da ruoli di *leadership* e meccanismi di *decision making*, che tendono a creare atmosfere lavorative nocive che si ripercuotono sulle pazienti²⁴²

In un ulteriore articolo intitolato "Obstetric Violence" (2018) di Elizabeth Kukura²⁴³ vengono ampliati e aggiunti altri aspetti rientranti nella definizione di violenza

²³⁵ *Ivi*, 255-256.

²³⁶ *Ivi*, 256.

²³⁷ *Ibidem*.

²³⁸ *Ibidem*.

²³⁹ *Ibidem*.

²⁴⁰ *Ibidem*.

²⁴¹ *Ivi*, 257.

²⁴² *Ivi*, 258.

²⁴³ KUKURA E., "Obstetric Violence", pp. 721-801, <https://ssrn.com/abstract=3167375>.

ostetrica.

- Interventi giudiziari: utilizzati per costringere la donna a sottoporsi a interventi chirurgici, in particolare a parti cesarei, una pratica che lede fortemente il rapporto di fiducia tra medico e paziente e che accentua la vulnerabilità della donna²⁴⁴. Il cesareo che vuole essere praticato è spesso basato su giudizi oggettivi riguardanti età, razza, condizione socio-economica e fede religiosa della paziente²⁴⁵. Ciò funziona anche per imporre riposo, induzione del travaglio e trasfusione di sangue, giustificando queste intrusioni con l'interesse di assicurare salute e benessere del feto²⁴⁶. L'intervento giudiziario consiste in una rapida audizione del giudice, spesso per telefono o in ospedale, durante la quale le donne non hanno tempo di dotarsi di un legale o di fornire informazioni citando ad esempio ricerche mediche o casi giudiziari a sostegno della loro decisione²⁴⁷. I giudici poi, estranei ai fatti propriamente medici o non comprendendo bene i rischi legati al trattamento che vuole essere imposto, tendono a ritenere più convincenti le ragioni sostenute dal personale medico rispetto a quelle delle donne, considerate non preparate sull'argomento²⁴⁸.
- Restrizione applicata al parto vaginale dopo un cesareo (VBAC): la paura di denunce per negligenza, gli alti premi assicurativi e i rimborsi spingono a distorcere in negativo il rischio associato a un VBAC²⁴⁹. Il parto cesareo però porta con sé una numerosa serie di possibili conseguenze negative come mortalità, ferite, infezioni, lunga degenza, esperienza del parto negativa, contatto non immediato con il neonato,²⁵⁰ ...
- Intervento dei servizi sociali: si tratta di minacce di richiesta di intervento o di controlli che potrebbero portare all'allontanamento del neonato²⁵¹, un chiaro utilizzo coercitivo e punitivo dell'obbligo di denunciare i maltrattamenti dei minori²⁵².

²⁴⁴ *Ivi*, 738, 743.

²⁴⁵ *Ivi*, 738.

²⁴⁶ *Ibidem*.

²⁴⁷ *Ivi*, 742.

²⁴⁸ *Ibidem*.

²⁴⁹ *Ivi*, 743.

²⁵⁰ *Ivi*, 746.

²⁵¹ *Ivi*, 747.

²⁵² *Ibidem*.

- Non fornire trattamenti, fornire informazioni manipolate ed esercitare pressione emotiva: si minaccia di lasciare le donne prive di assistenza o di abbandonarle, di costringere a scegliere tra una selezione di trattamenti non desiderati, di addebitare il costo dei servizi per evitare reticenze e si esercita pressione emotiva facendo leva sulla paura (storie di bambini sfigurati, con danni al cervello o nati morti)²⁵³.

Un ultimo contributo da citare proviene dal contesto latinoamericano. Si tratta di “Parir en oscuridad. Violencia obstétrica: Una violación a los derechos humanos de las mujeres” di E. Jenkins²⁵⁴.

All’interno di questo documento troviamo l’accostamento del concetto di violenza ostetrica a quello di violenza simbolica. Per violenza simbolica si intende quella tipologia di violenza che è tanto estesa e normalizzata da non essere riconosciuta come tale neanche da chi la subisce²⁵⁵.

Il documento elenca poi quali sono gli atti di violenza normalizzati appartenenti al fenomeno della violenza ginecologica e ostetrica:

- Negazione di servizi e cure mediche;
- Negazione di informazioni chiare e opportune sui procedimenti che vengono realizzati;
- Mercificazione e “invisibilizzazione” delle donne;
- Concezione delle donne come incolte e incapaci di partecipare alla cura del proprio corpo;
- Colpevolizzazione delle pazienti in caso di complicazioni mediche;
- Maltrattamento fisico e verbale (procedimenti medici senza consenso o coercitivi, insulti, umiliazioni, trattamenti aggressivi o discriminatori);
- Dequalificazione e “invisibilizzazione” della figura del padre²⁵⁶.

²⁵³ Ivi, 750, 752.

²⁵⁴ E. JENKINS, *Parir en oscuridad. Violencia obstétrica: Una violación a los derechos humanos de las mujeres*, https://www.scjn.gob.mx/sites/default/files/igualdad-genero/2019-11/1er_LUGAR_ENSAYO_639_parir-en-oscuridad.pdf.

²⁵⁵ Ivi, 12.

²⁵⁶ *Ibidem*.

8. Tabella riepilogativa delle forme di violenza ginecologica e ostetrica

Le principali partiche conosciute con il nome di violenza ginecologica e ostetrica possono essere schematizzate come segue²⁵⁷:

Categoria di abuso	Tipologia di abuso	Esempi di abuso	Principali diritti umani violati
Privazione della vita	Omicidio	Decesso di madre o nascituro	<ul style="list-style-type: none"> • Diritto alla vita
Abuso fisico	Uso della forza	Percosse, schiaffi, calci, pizzichi, esami vaginali dolorosi	<ul style="list-style-type: none"> • Diritto alla libertà dalla violenza • Diritto alla libertà da tortura e trattamenti crudeli, inumani e degradanti
	Costrizione fisica	Donne legate al letto e/o ammanettate (soprattutto detenute), imbavagliate; segregazione e detenzione	
Abuso sessuale	Abuso sessuale	Violenza sessuale, stupro, penetrazioni vaginali (per controllare dilatazione e cervice) con dita o strumenti (forbici, speculum)	<ul style="list-style-type: none"> • Diritto alla non discriminazione • Diritto alla salute • Diritto alla privacy • Diritto all'integrità fisica e psicologica
Abuso verbale	Linguaggio ostile	Linguaggio offensivo, critico, ostile e/o volgare (riferimenti sessuali); commenti sessisti e/o umilianti; prese in giro; rimproveri; grida; commenti discriminatori	<ul style="list-style-type: none"> • Diritto all'informazione • Diritto a decidere <i>number, spacing</i> e <i>timing</i> dei figli • Diritto alla libertà
		Commenti giudicanti e/o accusatori	
	Minacce e attribuzione della colpa/responsabilità	Minaccia di mancata esecuzione dei trattamenti medici, della loro realizzazione con risultati avversi o di violenze fisiche Donne incolpate dei risultati avversi o delle complicazioni mediche	
Stigmatizzazione e discriminazione	Stigmatizzazione	Stigmatizzazione per il desiderio di essere sterilizzate conseguente alla decisione di non avere figli	<ul style="list-style-type: none"> • Diritto alla non discriminazione • Diritto alla libertà da tortura e trattamenti crudeli, inumani e degradanti • Diritto alla salute • Diritto a decidere <i>number, spacing</i> e <i>timing</i> dei figli
	Discriminazione basata su condizioni socio-demografiche	Discriminazione basata su genere e/o identità di genere	
		Discriminazione basata sull'orientamento sessuale	
		Discriminazione basata su etnia/razza	
		Discriminazione basata sulla religione	
		Discriminazione basata sull'età	

²⁵⁷ Libera rielaborazione di R. KHOSLA, C. ZAMPAS, J. P. VOGEL, M. A. BOHREN, M. ROSEMAN, J. N. ERDMAN, "International Human Rights and the Mistreatment of Women During Childbirth", in *Health and Human Rights Journal*, 18(2)/2016, p. 139, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5394989/pdf/hhr-18-131.pdf>.

		Discriminazione basata sullo stato civile		
		Discriminazione basata sulla fedina penale		
		Discriminazione basata su condizioni socio-economiche e/o provenienza da zone rurali		
		Discriminazione basata sulla professione		
	Discriminazione basata su condizioni mediche	Discriminazione basata su HIV/AIDS		
Mancato rispetto degli standard professionali di assistenza medica	Mancanza di consenso informato	Mancata esecuzione dell'iter riguardante il consenso informato, paternalismo medico	<ul style="list-style-type: none"> • Diritto alla privacy • Diritto alla salute • Diritto alla non discriminazione • Diritto alla libertà dalla violenza • Diritto all'informazione • Diritto a decidere <i>number, spacing</i> e <i>timing</i> dei figli • Diritto alla libertà da tortura e trattamenti crudeli, inumani e degradanti 	
	Mancanza di confidenzialità	Violazione della confidenzialità		
	Esami e procedure fisiche	Esami vaginali dolorosi, punti di sutura stretti ("punto del marito")		
		Rifiuto di fornire antidolorifici, assenza di anestesia, rifiuto di praticare sterilizzazioni richieste		
		Realizzazione di operazioni chirurgiche e non senza consenso (tocchi vaginali, sinfisiotomia, episiotomia, aborto e sterilizzazione forzati, legatura delle tube, somministrazione di ossitocina, manovra di Kristeller, manovra di Valsalva, manovra di Hamilton, parto cesareo, rottura o rimozione manuale della placenta, uso di ventosa o forcipe, pressione sul fondo uterino)		
		Mancanza di intimità durante esami e procedure (esami vaginali davanti a terzi)		
	Trascuratezza e abbandono	Trascuratezza, abbandono e lunghe attese e/o ritardi nel fornire assistenza medica, diagnosi senza visita, assistenza negata		
Assenza di personale qualificato				
Assenza/scarsità di rapporto tra sanitari e donne	Comunicazione inefficace	Scarsa comunicazione (infantilizzazione, mancata partecipazione della donna ai processi, mancato ascolto, nessuna risposta alle domande della donna)	<ul style="list-style-type: none"> • Diritto alla privacy • Diritto all'informazione • Diritto alla non discriminazione 	

		Rigetto delle preoccupazioni delle donne	<ul style="list-style-type: none"> • Diritto alla libertà da torture e altri trattamenti crudeli, inumani e degradanti
		Problematiche linguistiche e culturali (donne appartenenti a comunità indigene)	
		Atteggiamento avverso dello personale medico e ostetrico	
	Mancanza di supporto	Mancanza di supporto da parte del personale medico e ostetrico	
		Rifiuto o mancanza di un accompagnatore	
	Mancanza di autonomia	Donne trattate come partecipanti passivi durante il parto	
		Negazione della possibilità di prendere decisioni liberamente	
		Negazione di cibo e liquidi	
		Negazione della libertà di movimento	
		Negazione della preferenza sulla posizione da assumere durante il parto	
		Rifiuto di pratiche tradizionali sicure (donne appartenenti a comunità indigene)	
		Oggettificazione del corpo femminile	
		Infantilizzazione, disumanizzazione, devalorizzazione e dequalificazione della donna	
		Separazione dai figli	
		Detenzione e trattenimento nelle strutture sanitarie (impossibilità di pagare per le cure ricevute)	
Scarse condizioni e limiti del sistema sanitario e delle strutture sanitarie	Mancanza di risorse	Condizioni fisiche delle strutture	<ul style="list-style-type: none"> • Diritto alla privacy • Diritto alla salute • Diritto all'informazione • Diritto alla non discriminazione • Diritto a un rimedio efficace • Diritto alla vita privata e familiare
		Limiti e carenze del personale	
		Limiti e carenze delle forniture	
		Mancanza di privacy	
	Mancanza di politiche	Mancanza di meccanismo di rimedio e riparazione	
	Mancanza di accesso a servizi di salute sessuale e riproduttiva	Mancato accesso a pianificazione familiare	
Mancato accesso a trattamenti e diagnosi (soprattutto di cancro e malattie dell'apparato riproduttore, HIV/AIDS, MST, ...)			
Mancato accesso a tecniche di riproduzione assistita e a			

		maternità surrogata	
		Mancato accesso ad aborto e assistenza post-aborto	
		Mancato accesso a contraccettivi	
	Cultura interna alla struttura	Corruzione ed estorsione	
		Tariffazione non chiara	
		Richieste irragionevoli alle donne da parte dei sanitari	

Capitolo II

La giurisprudenza della Corte di Strasburgo, la posizione del Consiglio d'Europa e dell'Unione europea sui diritti sessuali e riproduttivi e sulla violenza ginecologica e ostetrica e la proposta di legge italiana sulla violenza ginecologica e ostetrica

SOMMARIO: 1. Struttura dell'articolo 8 della Convenzione europea dei diritti dell'uomo: campo di applicazione e caratteristiche contenutistiche. – 1.1. Giurisprudenza della Corte di Strasburgo sui diritti sessuali e riproduttivi. – 2. Risoluzione e Rapporto del Consiglio d'Europa sulla violenza ginecologica e ostetrica del 2019. – 3. Risoluzione del Parlamento europeo sulla salute sessuale e riproduttiva e relativi diritti nel quadro comunitario del 2021. – 4. “Violenza ostetrica” nella Proposta di legge italiana sulla tutela dei diritti della partoriente e del neonato e sulla promozione del parto fisiologico del 2016.

1. Struttura dell'articolo 8 della Convenzione europea dei diritti dell'uomo: campo di applicazione e caratteristiche contenutistiche

Come vedremo, i diritti sessuali e riproduttivi e i casi di violenza ginecologica e ostetrica sono stati affrontati dalla Corte europea dei diritti dell'uomo (o Corte di Strasburgo) prendendo in considerazione, nella maggior parte dei casi, l'ampio campo di applicazione dell'articolo 8 che formalmente tutela il diritto al rispetto della vita privata e familiare (right to respect for private and family life).

L'articolo 8 della Convenzione europea dei diritti dell'uomo del 1950 (CEDU) recita quanto segue:

- 1. Everyone has the right to respect for his private and family life, his home and his correspondence.*
- 2. There shall be no interference by a public authority with the exercise of this right except such as is in accordance with the law and is necessary in a democratic society in the interests of national security, public safety or the economic well-being of the country, for the prevention of disorder or crime, for the protection of health or morals, or for the protection of the rights and*

*freedoms of others*²⁵⁸.

Per individuare l'avvenuta violazione dapprima la Corte indaga la pretesa del ricorrente per riscontrare se tale rientra nel campo di applicazione dell'articolo 8 (deve cioè riguardare uno o più dei quattro interessi citati dall'articolo: vita privata, vita familiare, domicilio o corrispondenza) che, ricordiamolo, per quanto ampio (può tutelare anche interessi non esplicitamente espressi) è comunque limitato. In secondo luogo, individuata l'appartenenza del caso di specie alla portata dell'articolo 8, si accerta la violazione degli obblighi negativi per l'ingerenza nel diritto del ricorrente o la violazione degli obblighi positivi, posti entrambi in capo allo Stato²⁵⁹.

L'articolo 8 di per sé tratta di un obbligo negativo, cioè evitare ingerenze statali arbitrarie nella vita privata e familiare, nel domicilio e nella corrispondenza di un individuo. Gli Stati hanno però anche l'obbligo positivo di garantire che le stesse ingerenze non siano messe in pratica da privati. Lo Stato quindi non deve solo astenersi dalle ingerenze ma deve proteggere, adottando misure, i suoi cittadini dalle ingerenze che possono sorgere nelle loro relazioni interpersonali²⁶⁰.

Nel secondo caso, quello dell'obbligo positivo, la Corte deve valutare se l'interesse del ricorrente in gioco esiga l'imposizione dell'obbligo positivo stabilendone anche la portata²⁶¹. La valutazione avviene prendendo in considerazione alcuni fattori:

- a. L'importanza degli interessi;
- b. La presenza nella questione di specie di "valori fondamentali" o "aspetti essenziali" della vita privata;
- c. Le conseguenze per il ricorrente della divergenza tra la realtà sociale e la legislazione (coerenza della prassi amministrativa e giuridica dell'ordinamento interno);
- d. Le conseguenze dell'obbligo positivo in questione per lo Stato²⁶².

²⁵⁸ Consiglio d'Europa, *Convenzione europea per la salvaguardia dei diritti dell'uomo e delle libertà fondamentali* del 4 novembre 1950, art. 8 par. 1-2.

²⁵⁹ Consiglio d'Europa, Corte europea dei diritti dell'uomo, *Guida all'articolo 8 della Convenzione europea sui diritti dell'uomo. Diritto al rispetto della vita privata e familiare, del domicilio e della corrispondenza*, aggiornata al 31 agosto 2018, p. 7, https://www.echr.coe.int/Documents/Guide_Art_8_ITA.pdf.

²⁶⁰ *Ivi*, 8.

²⁶¹ *Ibidem*.

²⁶² *Ibidem*.

Tale analisi porta a individuare se l'obbligo abbia un carattere limitato e preciso oppure generico e indeterminato²⁶³.

Nella valutazione degli obblighi tanto positivi quanto negativi, lo Stato deve ricercare un equilibrio tra gli interessi del singolo e della collettività. A questo proposito, in caso di obbligo negativo, il secondo paragrafo dell'articolo 8 esplicita le eccezioni per le quali lo Stato può ingerire nel godimento del diritto da parte dei suoi cittadini; tale paragrafo ha lo scopo di conciliare gli interessi del ricorrente o di qualsiasi cittadino con gli interessi della nazione²⁶⁴. Le eccezioni citate riguardano:

- a. Sicurezza nazionale;
- b. Pubblica sicurezza;
- c. Benessere economico del Paese;
- d. Difesa dell'ordine e prevenzione dei reati;
- e. Protezione della salute o della morale;
- f. Protezione dei diritti e delle libertà altrui.

L'ingerenza realizzata dallo Stato e giustificata dalle precedenti motivazioni deve essere, per il paragrafo 2 dell'articolo 8, da un lato prevista dalla legge e dall'altro deve avere un carattere di necessità avvertito come tale da una società democratica.

Con l'espressione "ingerenza prevista dalla legge" non intendiamo con "legge" il solo diritto interno ma che l'ingerenza sia compatibile con lo Stato di diritto²⁶⁵. Naturalmente, la legislazione interna deve essere chiara, prevedibile e adeguatamente accessibile, quindi in particolare:

- La legislazione è (ragionevolmente) chiara o meglio è esplicitata in termini sufficientemente chiari quando fornisce indicazioni riguardanti condizioni e circostanze per le quali, nel caso dell'articolo 8, le autorità possono ricorrere a misure di ingerenza (per esempio sorveglianza e raccolta dati), cioè offre chiarezza sulle modalità e sulla portata dell'esercizio della discrezionalità per assicurare protezione all'interno di una società democratica dove vige lo Stato di diritto;
- La legislazione è (sufficientemente) prevedibile o meglio i termini usati al suo interno sono prevedibili quando consentono di agire in conformità e di

²⁶³ *Ibidem*.

²⁶⁴ *Ivi*, 7.

²⁶⁵ *Ivi*, 9.

delimitare la portata della discrezionalità delle autorità pubbliche, cioè forniscono delle indicazioni adeguate atte, appunto, a prevedere in quali circostanze le autorità avranno il diritto di ricorrere a misure che incidono sui diritti dei singoli²⁶⁶.

Con la dicitura “ingerenza necessaria in una società democratica” si intende il risultato della valutazione della Corte che procede a soppesare gli interessi dello Stato e gli interessi del ricorrente²⁶⁷. “Necessaria” infatti non è sinonimo di “utile”, “ragionevole” o “auspicabile” ma delinea l’esistenza di una “pressante esigenza sociale” che giustifica il ricorrere all’ingerenza²⁶⁸. Gli Stati compiono caso per caso un’iniziale valutazione della “pressante esigenza sociale”, potendo comunque godere del margine di apprezzamento, e dovendo però poi sottostare a un eventuale riesame della Corte che stabilirà se tale ingerenza sussiste, se i motivi presentati a giustificarla siano pertinenti e sufficienti e se i provvedimenti presi siano proporzionati al legittimo fine perseguito²⁶⁹.

Per chiarire, lo Stato gode di un certo margine di discrezionalità nell’adempimento dei suoi obblighi²⁷⁰. Tale margine di apprezzamento è ristretto nel caso in cui è in gioco un aspetto importante dell’esistenza o dell’identità di una persona, mentre è ampio in due casi: in assenza di consenso tra gli Stati membri del Consiglio d’Europa sull’importanza dell’interesse in gioco e sui migliori mezzi per tutelarlo (per esempio nel caso di questioni morali ed etiche) o nel caso in cui bisogna conciliare interessi privati e pubblici concorrenti o diritti previsti dalla Convenzione²⁷¹.

Il margine di discrezionalità entra in gioco anche nello stabilire con quali mezzi garantire il rispetto dell’articolo 8 da atti commessi da privati: possono dunque essere realizzate sia disposizioni penali per gravi atti legati a “valori fondamentali” e “aspetti essenziali” della vita privata (per esempio la violenza sessuale), sia disposizioni di carattere civile per atti meno gravi²⁷².

Infine, ai sensi dell’articolo 8 sussistono per lo Stato anche degli obblighi procedurali

²⁶⁶ *Ivi*, 9-10.

²⁶⁷ *Ivi*, 11.

²⁶⁸ *Ibidem*.

²⁶⁹ *Ibidem*.

²⁷⁰ *Ivi*, 8.

²⁷¹ *Ibidem*.

²⁷² *Ivi*, 9.

che concorrono a determinare il margine di discrezionalità, su cui non ci dilungheremo. È sufficiente affermare che si tratta di garanzie appunto procedurali accessibili alla persona che hanno la facoltà di determinare se lo Stato nella sua ingerenza abbia o meno superato il margine di discrezionalità di cui è dotato²⁷³. Se è vero che all'interno dell'articolo 8 non troviamo riferimento esplicito a tali garanzie, queste sono ricavabili dal processo decisionale che dovrebbe condurre lo Stato ad applicare misure di ingerenza eque e rispettose degli interessi della persona²⁷⁴.

1.1. Giurisprudenza della Corte di Strasburgo sui diritti sessuali e riproduttivi

La giurisprudenza della Corte europea dei diritti dell'uomo sui diritti sessuali e riproduttivi assume un ruolo potenzialmente trasformativo nei riguardi della narrativa europea in tema di donne²⁷⁵. Dobbiamo però riconoscere che la Corte non ha mai specificato che i casi riguardanti questioni riproduttive e autonomia decisionale andassero al di là della sfera privata e potessero necessitare di cambiamenti delle norme sociali o delle politiche istituzionali²⁷⁶.

La giurisprudenza che verrà dunque presentata sarà quella classificata dalla stessa Corte come riguardante i diritti sessuali e riproduttivi, costituita da 29 sentenze emesse nel periodo 2003-2019 e suddivisa in 11 tematiche.

Casi riguardanti l'aborto (4)

I seguenti casi riguardano l'accesso all'aborto come strumento funzionale alla scelta di non riprodursi e al controllo sulla propria sessualità.

Tysiqc c. Polonia (2007) Alla ricorrente viene negato il ricorso all'aborto richiesto per scongiurare un serio rischio alla vista (soffriva di miopia) connesso alla gravidanza sulla base del consulto con tre oftalmologi, sul quale però i suoi medici ginecologi e

²⁷³ *Ibidem*.

²⁷⁴ *Ibidem*.

²⁷⁵ L. OJA, A. E. YAMIN, ““Woman” in the European human rights system: How is the reproductive rights jurisprudence of the European Court of Human Rights constructing narratives of women’s citizenship?”, in *Columbia Journal of Gender and Law*, 32(1)/2016, p. 63, https://www.researchgate.net/publication/311602797_Woman_in_the_European_human_rights_system_How_is_the_reproductive_rights_jurisprudence_of_the_European_Court_of_Human_Rights_constructing_narratives_of_women's_citizenship.

²⁷⁶ *Ibidem*.

ostetrici non concordavano²⁷⁷. Successivamente al parto la vista della donna peggiora (il peggioramento la rende una persona disabile secondo la legge polacca)²⁷⁸.

La ricorrente denuncia la violazione dell'articoli 3 (sentimenti quali paura e angoscia causati dalla negazione dell'aborto e dall'assenza di misure di sicurezza procedurali risultano in una violazione del divieto di trattamenti crudeli, inumani e degradanti), dell'articolo 8 (negazione dell'aborto e assenza di *framework* legale per la risoluzione del contrasto con i medici viola il diritto alla vita privata, inclusa l'integrità fisica e morale), dell'articolo 13 (assenza di *framework* legale per la regolazione dell'aborto viola il diritto a un ricorso effettivo) e dell'articolo 14 (l'indagine statale sul caso viola il diritto alla non discriminazione in base al sesso e in base alla disabilità nell'ambito del godimento del diritto alla vita privata, è quindi in combinato disposto con l'articolo 8)²⁷⁹.

Viene poi riconosciuto che il caso della ricorrente rientra in uno di quelli previsti per praticare l'aborto terapeutico (rischio per la vita o la salute della donna) secondo la legge polacca, conducendo a definire inadeguate le procedure prese per determinare il rispetto delle condizioni legali per ottenere tale aborto²⁸⁰. La Corte ha in più notato che “[w]hile the State regulations on abortion relate to the traditional balancing of privacy and the public interest, they must – in case of a therapeutic abortion – also be assessed against the positive obligations of the State to secure the physical integrity of mothers-to-be”²⁸¹.

Viene riscontrata infine la sola violazione dell'articolo 8 dalla Corte in quanto la “[l]egislation regulating the interruption of pregnancy touches upon the sphere of private life, since whenever a woman is pregnant her private life becomes closely connected with the developing foetus”²⁸², la motivazione riscontrata è legata alla mancanza di meccanismi procedurali strumentali a rivedere la decisione dei medici²⁸³. Non sono riscontrate le violazioni dell'articolo 3 e degli articoli 13 e 14 poiché per questi ultimi casi non si erano sollevate questioni che non fossero già state affrontate

²⁷⁷ Consiglio d'Europa, Corte europea dei diritti dell'uomo, *Case of Tysiąc v. Poland*, Ricorso n. 5410/03, Decisione del 24 settembre 2007, ¶¶ 8-9, 12-15, <https://hudoc.echr.coe.int/eng?i=001-79812>.

²⁷⁸ *Ivi*, ¶¶ 16, 18.

²⁷⁹ *Ivi*, ¶¶ 64-65, 67, 133, 136, 138.

²⁸⁰ *Ivi*, ¶ 107.

²⁸¹ *Ibidem*.

²⁸² *Ivi*, ¶ 106.

²⁸³ *Ivi*, ¶ 115.

sotto l'articolo 8²⁸⁴.

A, B e C c. Irlanda (2010) Le tre ricorrenti, incinte non intenzionalmente, sono state costrette a praticare l'aborto nel Regno Unito poiché le norme nazionali irlandesi (Stato fortemente cattolico che consente l'aborto solo nel caso di rischio per la vita della donna) lo impedivano legalmente²⁸⁵. A intendeva abortire poiché la gravidanza avrebbe avuto ripercussioni sulla sua salute mentale (aveva sperimentato depressione nelle quattro precedenti gravidanze) e sulla sua condizione socio-economica (mettendo anche a repentaglio la possibilità di riunirsi con i suoi quattro figli in stato di affidamento), B non voleva essere madre senza partner e C voleva interrompere la gravidanza a causa della mancanza di informazioni riguardanti le conseguenze di questa sul suo processo di remissione dal cancro e l'impatto che alcuni esami medici a cui si era sottoposta, non sapendo di essere incinta e sconsigliati in gravidanza, avrebbero potuto avere sul feto²⁸⁶.

Le doglianze riguardano l'articolo 2 (per C la proibizione dell'aborto nel caso di rischio alla vita della donna, così come permesso dalla legislazione irlandese, viola il diritto alla vita), l'articolo 3 (per A, B e C le sofferenze fisiche e psicologiche causate dall'ansia e dallo stress del viaggio violano il divieto di trattamenti inumani e degradanti), l'articolo 8 (per A e B la proibizione dell'aborto viola il diritto alla vita privata, inclusa l'integrità fisica e per C l'assenza di una legislazione per implementare il diritto costituzionale, articolo 40.3.3, viola il diritto alla vita privata), l'articolo 13 (per A e B l'assenza di un ricorso interno effettivo e per C l'assenza di un adeguato framework legale per l'aborto viola il diritto a un ricorso effettivo) e l'articolo 14 (per A, B e C si è verificata la violazione del diritto alla non discriminazione)²⁸⁷.

Viene riscontrata la sola violazione dell'articolo 8 per C a causa della mancanza di una procedura effettiva e accessibile per determinare se la ricorrente in questione avesse avuto diritto all'aborto legale in Irlanda²⁸⁸. Se per A e B si applica un ampio margine di apprezzamento, dato che le due donne avevano possibilità di viaggiare all'estero e

²⁸⁴ *Ivi*, ¶¶ 66, 135, 144.

²⁸⁵ Consiglio d'Europa, Corte europea dei diritti dell'uomo, *Case of A, B and C v. Ireland*, Ricorso n. 25579/05, Decisione del 16 dicembre 2010, ¶¶ 13, 18, 22, <https://hudoc.echr.coe.int/app/conversion/pdf/?library=ECHR&id=001-102332&filename=001-102332.pdf>.

²⁸⁶ *Ivi*, ¶¶ 14, 19, 23-24.

²⁸⁷ *Ivi*, ¶¶ 157, 160-163, 167-168, 271, 273-274, 269.

²⁸⁸ *Ivi*, ¶¶ 70, 159, 165, 264, 267, 273-274.

assicurarsi l'accesso all'aborto, per C sussisteva un rischio per la vita, riconoscendo il mancato rispetto da parte dell'Irlanda dell'obbligo positivo in merito all'aborto terapeutico²⁸⁹.

Purtroppo dal momento in cui la Corte ha trattato l'aborto come una faccenda puramente privata e soggetta al margine di apprezzamento, ha completamente ignorato i costi sociali ed economici del viaggio all'estero e del porre barriere all'esercizio del diritto della donna alla sua autonomia riproduttiva²⁹⁰.

R.R. c. Polonia (2011) La ricorrente denuncia la violazione degli articoli 3 e 8 per il mancato accesso a un test genetico e, successivamente al risultato dell'esame, all'aborto. R.R. aveva scoperto durante un ultrasuono la possibilità che suo figlio presentasse malformazione²⁹¹. Per cinque mesi il test genetico fondamentale per individuare tale malformazione era stato ritardato da diversi rinvii tra ospedali, finché una volta scoperto il serio disturbo congenito non aveva potuto accedere all'aborto poiché la gestazione aveva superato il periodo entro il quale la legislazione consentiva l'interruzione della gravidanza²⁹².

Si tratta di un caso diverso da Tysi c: la questione non riguardava di per s  l'accesso all'aborto “[b]ut essentially timely access to a medical diagnostic service that would, in turn, make it possible to determine whether the conditions for lawful abortion obtained in the applicant’s situation or not”²⁹³. In questo senso si riconoscono entrambe le doglianze. Per quanto riguarda la violazione dell'articolo 3 (divieto di tortura e trattamenti crudeli, inumani e degradanti), da un lato si riscontra che la procrastinazione del personale medico abbia portato la donna a dover sopportare settimane di dolorosa incertezza riguardante lo stato di salute del figlio, il suo stesso futuro e di quello della sua famiglia e la prospettiva di crescere un bambino affetto da una malattia incurabile²⁹⁴. Dall'altro lato la donna era stata trattata “shabbily” (sciattamente), raggiungendo quella soglia minima di gravit  per riconoscere la

²⁸⁹ *Ivi*, ¶¶ 241, 267-268.

²⁹⁰ L. OJA, A. E. YAMIN, ““Woman” in the European human rights system: How is the reproductive rights jurisprudence of the European Court of Human Rights constructing narratives of women’s citizenship?”, p. 71.

²⁹¹ Consiglio d’Europa, Corte europea dei diritti dell’uomo, *Case of R.R. v. Poland*, Ricorso n. 27617/04, Decisione del 28 novembre 2011, ¶ 9, [https://hudoc.echr.coe.int/fre#%7B%22display%22:\[2\],%22itemid%22:\[%22002-518%22\]%7D](https://hudoc.echr.coe.int/fre#%7B%22display%22:[2],%22itemid%22:[%22002-518%22]%7D).

²⁹² *Ivi*, ¶¶ 10-35.

²⁹³ *Ivi*, ¶ 196.

²⁹⁴ *Ivi*, ¶ 159.

violazione della proibizione di trattamento degradante²⁹⁵. Infine, la violazione dell'articolo 8 viene riconosciuta per la mancanza di un meccanismo effettivo per accedere a servizi diagnostici e di conseguenza per compiere una decisione informata sulla propria gravidanza (accesso alle informazioni necessarie per esercitare autonomia sul proprio corpo e accesso ad aborto legale per cui doveva esistere un framework legale a garanzia)²⁹⁶.

P. e S. c. Polonia (2012) La madre di P. (S.), rimasta incinta a 14 in seguito a uno stupro, richiede che la figlia possa sottoporsi ad aborto, legale in Polonia nei casi in cui la gravidanza è conseguenza di un reato²⁹⁷. Alla donna è fatto incontrare dapprima un prete che le suggerisce di non realizzare l'aborto e far sposare la figlia e in seguito le viene chiesto di firmare un consenso in cui si esplicita che la procedura dell'aborto potrebbe portare alla morte della figlia. P. viene separata dai genitori, dopo che S. è accusata di volerla costringere ad abortire, è rinchiusa in un centro di accoglienza giovanile e tormentata da media, clero e attivisti anti-abortisti²⁹⁸. La ragazza infine riesce ad abortire a 500 km da casa²⁹⁹.

La Corte riconosce la violazione dell'articolo 3 a causa della vulnerabilità del soggetto e del trattamento e conseguente sofferenza provocata dai medici, e afferma di essere scioccata dal fatto che “[t]he authorities decided to institute criminal investigation on charges of unlawful intercourse against the first applicant who, according to the prosecutor’s certificate and the forensic findings referred to above should have been considered to be a victim of sexual abuse”³⁰⁰. La violazione dell'articolo 5 viene riscontrata per la privazione della libertà all'interno del centro di accoglienza giovanile, mentre quella dell'articolo 8 per il mancato accesso all'aborto legale (il diritto all'obiezione di coscienza non è stato conciliato, come da legge, con l'interesse dei pazienti indirizzandoli ad altri medici fornendo anche informazioni forvianti e consulenza medica inadeguata) e la divulgazione di dati personali e medici alla stampa³⁰¹.

²⁹⁵ *Ivi*, ¶¶ 160-161.

²⁹⁶ *Ivi*, ¶¶ 200, 208.

²⁹⁷ Consiglio d'Europa, Corte europea dei diritti dell'uomo, *Case of P. and S. v. Poland*, Ricorso n. 57375/08, Decisione del 30 gennaio 2013, ¶¶ 5, 8, <https://hudoc.echr.coe.int/fre/?i=001-114098>.

²⁹⁸ *Ivi*, ¶¶ 13, 15, 19, 36, 65, 173.

²⁹⁹ *Ivi*, ¶ 105.

³⁰⁰ *Ivi*, ¶ 165.

³⁰¹ *Ivi*, ¶¶ 65, 81, 93, 107, 128, 134.

La complessità del tema dell'aborto poggia non solo su questioni ideologico-religiose ma anche su questioni sociali che rappresentano la maternità come un attributo essenziale per definirsi donna: nonostante quindi quelle che possono essere semplici scelte individuali o capacità fisiologiche, la donna viene definita dalla mera possibilità di diventare madre³⁰². Ciò comporta delle conseguenze sull'uguaglianza di genere, divisione del lavoro e trattamento delle donne in molte sfere private (es. licenziarsi per crescere i figli)³⁰³.

La Corte chiaramente fallisce considerando l'accesso all'aborto come una questione privata (crea uno spazio "nascosto" e non sicuro legato a una questione che non riguarda lo Stato e di cui la donna dovrebbe vergognarsi) e non come servizio fondamentale per le donne per avere controllo sul proprio corpo e sulla propria vita³⁰⁴.

Casi riguardanti il parto in casa (4)

Le prossime sentenze riguardano la mancanza in molte legislazioni nazionali di predisposizioni a favore del parto in casa legate, come anche il pensiero della Corte, all'iper-medicalizzazione di questo processo naturale.

Ternovszky c. Ungheria (2010) La ricorrente lamenta "un'interferenza discriminatoria per quanto riguarda il suo diritto al rispetto della vita privata"³⁰⁵, con le relative doglianze degli articoli 8 e 14, per non essere stata in grado di partorire in casa. La legislazione ungherese di per sé non vieta il parto in casa ma scoraggia i medici ad assistere in tale evento poiché potrebbe incorrere in una "*regulatory offence*"³⁰⁶.

A causa dell'ambiguità della legislazione ungherese, la Corte riconosce la violazione dell'articolo 8 facendo notare che per "vita privata" si intende anche il diritto al rispetto della decisione di diventare o meno genitore, aggiungendo che "*the notion of a freedom implies some measure of choice as to its exercise*"³⁰⁷. Fondamentale è il chiaro

³⁰² L. OJA, A. E. YAMIN, "“Woman” in the European human rights system: How is the reproductive rights jurisprudence of the European Court of Human Rights constructing narratives of women’s citizenship?", p. 73.

³⁰³ *Ibidem*.

³⁰⁴ *Ivi*, 74.

³⁰⁵ Consiglio d'Europa, Corte europea dei diritti dell'uomo, *Case of Ternovszky v. Hungary*, Ricorso n. 67545/09, Decisione del 14 marzo 2011, ¶ 12, <https://hudoc.echr.coe.int/eng#%7B%22itemid%22:%5B%22001-102254%22%5D%7D>. Traduzione a cura dell'autrice.

³⁰⁶ *Ivi*, ¶ 6.

³⁰⁷ *Ivi*, ¶ 22.

passaggio per cui “[t]he right concerning the decision to become a parent includes the right of choosing the circumstances of becoming a parent”³⁰⁸, che necessita la certezza legale che la propria scelta sia “lawful and not subject to sanctions, directly or indirectly”³⁰⁹. La mancanza di tale certezza ha limitato le scelte della ricorrente in relazione al parto in casa determinando, per la Corte, una situazione incompatibile con la nozione di “prevedibilità” e quindi con quella di “legalità”³¹⁰.

Dubská e Krejzová c. Repubblica Ceca (2014) Alle due partorienti, che avevano sperimentato violenza ginecologica e ostetrica in precedenti parti, viene negata la possibilità di avvalersi del servizio ostetrico per il parto in casa con la motivazione di tutelare la salute della madre e del figlio durante e dopo la nascita³¹¹. Ne consegue che Dubská partorisce in casa ma senza assistenza, mentre Krejzová si reca in ospedale dove è di nuovo vittima di violenze (trattenimento nell’ospedale, separazione dal neonato dopo la nascita, mancato rispetto delle scelte della donna in merito al cordone ombelicale)³¹².

Le ricorrenti denunciavano quindi che lo Stato ceco negando l’assistenza ostetrica in casa avesse lo scopo di impedire alle partorienti di beneficiare di tale servizio per tutelare il monopolio dell’assistenza sanitaria statale³¹³.

In conclusione, la Corte non riconosce la violazione dell’articolo 8, ignorando gli effetti sulle ricorrenti e focalizzandosi solo sulla legislazione nazionale e sul possibile rischio legato al parto in casa: di fatto è stato riconosciuto un ampio margine di apprezzamento alla Repubblica Ceca, accettando implicitamente la medicalizzazione del parto dal momento in cui si è presentato quello in ospedale come più sicuro e si è ignorata l’importanza che le preferenze della donna e il controllo sul proprio corpo hanno nell’ambito del parto³¹⁴.

³⁰⁸ *Ivi*, ¶ 22

³⁰⁹ *Ivi*, ¶ 24.

³¹⁰ *Ivi*, ¶ 26.

³¹¹ Consiglio d’Europa, Corte europea dei diritti dell’uomo, *Case of Dubská and Krejzová v. the Czech Republic*, Ricorso n. 28859/11 e n. 28473/12, Decisione del 15 novembre 2016, ¶¶ 9-10, 17-19, 84, <https://hudoc.echr.coe.int/eng#%7B%22itemid%22%3A%22001-168066%22%7D>.

³¹² *Ivi*, ¶¶ 14, 23.

³¹³ *Ivi*, ¶¶ 2, 17.

³¹⁴ L. OJA, A. E. YAMIN, ““Woman” in the European human rights system: How is the reproductive rights jurisprudence of the European Court of Human Rights constructing narratives of women’s citizenship?”, pp. 78, 80-81.

Pojatina c. Croazia (2018) Nel seguente caso la ricorrente pur riuscendo a partorire in casa, si era dovuta servire dell'assistenza di un'ostetrica straniera lamentando che la legge croata dissuadesse i sanitari dal prestare assistenza durante il parto in casa³¹⁵. La legge croata non vietava esplicitamente il parto in casa ma regolava il solo parto in strutture ospedaliere portando a estrapolare implicitamente che, sempre nell'intento di salvaguardare la salute di madre e figlio, il parto in casa non fosse permesso, nonostante le autorità croate negassero l'interferenza denunciata dalla donna in quanto il parto in casa era effettivamente avvenuto³¹⁶. La ricorrente lamentava però che durante la gestazione la legislazione nazionale le aveva impedito di pianificare insieme a sanitari e ostetrici l'assistenza per il parto in casa³¹⁷. In aggiunta, esisteva una legge che limitava il parto in casa alla presentazione di documenti medici comprovanti la maternità, tale interferenza era legata, secondo le autorità, a evitare quegli abusi legati ad assenza di informazioni sulla nascita di un bambino o sui suoi genitori biologici³¹⁸. Per l'assenza di consenso tra gli Stati contraenti in tema di parto in casa e per il riconoscimento dell'interferenza di cui sopra come proporzionata, la Corte non ha riconosciuto la violazione dell'articolo 8³¹⁹.

Kosaitė-Čypienė e altri c. Lituania (2019) L'ultimo caso citato riguarda quattro ricorrenti a cui era stata negata l'assistenza medica per il parto in casa poiché non permesso dalla legislazione nazionale e anche definito meno sicuro di quello realizzato in ospedale³²⁰.

La Corte non riconosce la violazione dell'articolo 8 della Convenzione poiché non interpreta l'ingerenza statale come sproporzionata³²¹. I giudici osservano infatti che, seppure l'interferenza mettesse le donne davanti a una scelta, o partorire in ospedale o a casa ma senza assistenza, questa era assolutamente prevista da legge e quindi accessibile alle ricorrenti³²². La conclusione della Corte è che quindi la Lituania abbia

³¹⁵ Consiglio d'Europa, Corte europea dei diritti dell'uomo, *Case of Pojatina v. Croatia*, Ricorso n. 18568/12, Decisione del 4 febbraio 2019, ¶ 39, <https://hudoc.echr.coe.int/eng#%7B%22itemid%22%3A%5B%22001-186446%22%5D%7D>.

³¹⁶ *Ivi*, ¶¶ 20-37, 56-57.

³¹⁷ *Ivi*, ¶ 72.

³¹⁸ *Ivi*, ¶ 89.

³¹⁹ *Ivi*, ¶ 91.

³²⁰ Consiglio d'Europa, Corte europea dei diritti dell'uomo, *Case of Kosaitė-Čypienė and others v. Lithuania*, Ricorso n. 69489/12, Decisione del 4 settembre 2019, ¶¶ 1, 3, 68, 104, <https://hudoc.echr.coe.int/fre?i=001-193452>.

³²¹ *Ivi*, ¶¶ 111-112.

³²² *Ivi*, ¶¶ 91, 93, 103.

realizzato un adeguato bilanciamento tra i diritti delle ricorrenti e l'interesse generale legato alla protezione di salute e sicurezza di madre e bambino³²³.

I precedenti casi mostrano come l'imperante controllo sulle circostanze del parto attraverso la medicalizzazione di un processo naturale riducono le donne a oggetti di intervento ignorandone i personali bisogni e preferenze³²⁴.

Casi riguardanti la riproduzione assistita (3)

Di seguito sono riportate le denunce di violazioni dei diritti umani legate a diversi aspetti del processo di riproduzione assistita (inseminazione artificiale, donazione di ovuli e sperma e diagnosi genetica preimpianto).

Dickson c. Regno Unito (2007) Il caso tratta la richiesta di un detenuto di poter accedere all'inseminazione artificiale per concepire un figlio con la moglie (precedentemente scarcerata)³²⁵.

Come conseguenza del respingimento della sua richiesta, viene presentato un ricorso con doglianze relative agli articoli 8 e 12 (diritto a fondare una famiglia)³²⁶.

Il Regno Unito si giustifica affermando che la perdita della possibilità di concepire un figlio è un'inevitabile e necessaria conseguenza della detenzione³²⁷.

La Corte afferma invece che non è stato dato il giusto peso all'interesse del ricorrente legato a una scelta fondamentale della sua vita, non effettuando un corretto bilanciamento tra interessi pubblici e privati, per cui il totale divieto eccedeva il margine di apprezzamento costituendo la violazione del solo articolo 8³²⁸.

S.H. e altri c. Austria (2011) La sentenza in questione riguarda due coppie che vogliono servirsi della riproduzione assistita: la prima con la donazione di ovuli e la

³²³ *Ivi*, ¶ 101.

³²⁴ L. OJA, A. E. YAMIN, "“Woman” in the European human rights system: How is the reproductive rights jurisprudence of the European Court of Human Rights constructing narratives of women's citizenship?", pp. 76-77.

³²⁵ Consiglio d'Europa, Corte europea dei diritti dell'uomo, *Case of Dickson v. The United Kingdom*, Ricorso n. 44362/04, Decisione del 4 dicembre 2007, ¶¶ 9-12, <http://hudoc.echr.coe.int/app/conversion/pdf/?library=ECHR&id=003-2204926-2350295&filename=003-2204926-2350295.pdf&TID=ihgdqbxnfi>.

³²⁶ *Ivi*, ¶¶ 13, 37.

³²⁷ *Ivi*, ¶ 60.

³²⁸ *Ivi*, ¶ 85.

seconda con la donazione di sperma, entrambi i procedimenti però risultano vietati dalla legge austriaca³²⁹.

La Corte riconosce il diritto di una coppia a concepire un figlio e a utilizzare la procreazione medicalmente assistita sotto la protezione dell'articolo 8, classificando la scelta come "espressione della vita privata e familiare"³³⁰.

La Corte porta all'attenzione "[u]na chiara tendenza delle legislazioni degli Stati contraenti verso l'ammissione della donazione di gameti per il fine della fecondazione in vitro"³³¹. Tale tendenza non è "[b]asata su principi regolati e di vecchia data stabiliti nella legislazione degli Stati membri ma invece riflette uno stadio di sviluppo all'interno di un particolare settore giuridico dinamico che non riduce il margine di apprezzamento dello Stato in modo definitivo"³³², infatti, "[d]ato che si tratta di una questione che tocca morale ed etica, che è parte di sviluppi scientifici e medici rapidi e che manca di una base comune tra gli Stati membri, la Corte considera il margine di apprezzamento come ampio"³³³. Secondo la Corte, all'interno dell'ampio margine di apprezzamento, il governo austriaco ha applicato un equo bilanciamento e riporta a tale proposito una serie di fattori che hanno giustificato il divieto imposto: intervento di terzi in un processo medico altamente tecnico (e controverso per la società austriaca), questione eticamente e socialmente complessa sulla quale non sussiste ancora consenso all'interno della società austriaca, questione che tiene in considerazione la dignità umana, benessere infantile e prevenzione dalle ripercussioni negative o dal potenziale uso improprio del trattamento³³⁴.

La Corte, dopo aver appurato la mancata violazione della CEDU (articolo 8), fa notare che non sussiste in ogni caso un divieto all'interno della legge austriaca di spostarsi all'estero per ricevere tali trattamenti per l'infertilità³³⁵.

³²⁹ Consiglio d'Europa, Corte europea dei diritti dell'uomo, *Case of S.H. and others v. Austria*, Ricorso n. 57813/00, Decisione del 3 novembre 2011, ¶¶ 9-15, <https://hudoc.echr.coe.int/fre#%7B%22itemid%22:%5B%22002-309%22%7D>.

³³⁰ *Ivi*, ¶ 82. Traduzione a cura dell'autrice.

³³¹ *Ivi*, ¶ 96. Traduzione a cura dell'autrice.

³³² *Ivi*, ¶ 96. Traduzione a cura dell'autrice.

³³³ *Ivi*, ¶ 97. Traduzione a cura dell'autrice.

³³⁴ *Ivi*, ¶¶ 99, 113.

³³⁵ *Ivi*, ¶ 114.

Costa e Pavan c. Italia (2012) La seguente sentenza riguarda due ricorrenti affette da fibrosi cistica che volevano servirsi della riproduzione assistita e della diagnosi genetica preimpianto³³⁶. Purtroppo la legge italiana vieta la seconda pratica³³⁷.

Il desiderio delle due ricorrenti di concepire un figlio non affetto da fibrosi cistica, evitando di trasmettere la loro malattia attraverso le due pratiche suddette, viene riconosciuto dalla Corte come protetto dall'articolo 8³³⁸. La Corte ha segnalato che “[i]l concetto di ‘bambino’ non è assimilabile a quello di ‘embrione’”³³⁹ riconoscendo che la legislazione italiana mancava di coerenza in quell'area, poiché seppur permettendo l'aborto terapeutico per i casi di malformazione fetale, vietava però la diagnosi preimpianto³⁴⁰.

Le ricorrenti pianificavano di iniziare la gravidanza naturalmente e terminarla solo nel caso in cui la diagnosi avesse mostrato che il feto non fosse sano³⁴¹.

La Corte nota che sebbene “[l]’accesso alla diagnosi genetica preimpianto suscita delicati interrogativi di ordine morale ed etico, [...] la scelta operata dal legislatore in materia non sfugge al controllo della Corte”³⁴² individuando infine la violazione dell'articolo 8 come ingerenza nella vita privata delle ricorrenti³⁴³.

Tendenzialmente la Corte considera, come abbiamo visto in questo paragrafo e come vedremo nel prossimo, il ricorso alle diverse forme di riproduzione assistita come eticamente problematiche, potendo però accertare una positiva e tendenziale apertura degli Stati membri a queste pratiche.

³³⁶ Consiglio d'Europa, Corte europea dei diritti dell'uomo, *Case of Costa and Pavan v. Italy*, Ricorso n. 54270/10, Decisione del 28 agosto 2012, ¶ 10, <https://hudoc.echr.coe.int/fre?i=001-112993>.

Le citazioni in italiano riguardanti questo caso sono tratte dalla traduzione della sentenza realizzata da Rita Carnevali, assistente linguistico e dalla dott.ssa Rita Pucci, funzionario linguistico per il Ministero della Giustizia, Direzione generale del contenzioso e dei diritti umani d'Italia e consultabile a questo link:

https://www.camera.it/application/xmanager/projects/camera/attachments/sentenza/testo_ingleses/000/000/511/Costa_e_Pavan.pdf.

³³⁷ *Ibidem*.

³³⁸ *Ivi*, ¶ 57.

³³⁹ *Ivi*, ¶ 62.

³⁴⁰ *Ivi*, ¶ 64.

³⁴¹ *Ivi*, ¶¶ 41, 62.

³⁴² *Ivi*, ¶ 68.

³⁴³ *Ivi*, ¶ 71.

Casi riguardanti la maternità surroga (2)

Le due sentenze analizzate di seguito prendono in considerazione gli ostacoli in tema di riconoscimento della genitorialità frapposti da due Stati contraenti alle coppie che scelgono di servirsi della maternità surrogata all'estero.

Menesson c. Francia (2014) Il caso riguarda due ricorrenti (marito e moglie) che avevano avuto due figlie attraverso maternità surrogata (sperma del marito e ovuli di una donatrice, dato che la moglie era infertile, impiantati in una surrogata) negli Stati Uniti³⁴⁴. Al rientro in Francia, le autorità avevano rifiutato di registrare i certificati di nascita delle bambine, nonostante negli Stati Uniti i due ricorrenti fossero stati riconosciuti come loro genitori³⁴⁵.

La Corte osserva che “[non] c’è consenso in Europa sulla legalità della maternità surrogata o sul riconoscimento legale della relazione tra genitori e figli concepiti altrove”³⁴⁶ e che “la mancanza di consenso riflette il fatto che il ricorso alla maternità surrogata solleva delicate questioni etiche”³⁴⁷. Nonostante la questione fosse di carattere etico, la Corte garantisce alla Francia un margine di apprezzamento ridotto poiché allo stesso tempo ad essere tirato in ballo è “un aspetto essenziale dell’identità degli individui”, cioè il legame genitore-figlio³⁴⁸.

Nella sentenza la Corte fa una distinzione tra i ricorrenti. Per il primo ricorrente (marito) e per la seconda (moglie) non viene riscontrata la violazione dell’articolo 8, inteso come rispetto della famiglia, dato che il rifiuto francese di registrare i certificati di nascita delle figlie non gli aveva impedito di vivere in Francia con loro, riconoscendo alla Francia un corretto bilanciamento tra l’interesse della comunità, assicurandosi che i propri membri si conformassero alla disposizione, e l’interesse dei ricorrenti³⁴⁹.

Per la terza e la quarta ricorrente (figlie) viene riconosciuta la violazione dell’articolo 8, inteso come rispetto della vita privata, poiché negando lo status di riconoscimento della genitorialità, nonostante fosse stato dichiarato precedentemente da un altro Stato

³⁴⁴ Consiglio d’Europa, Corte europea dei diritti dell’uomo, *Case of Menesson v. France*, Ricorso n. 65192/11, Decisione del 26 settembre 2014, ¶¶ 6-10, <https://hudoc.echr.coe.int/fre/?i=001-145389>.

³⁴⁵ *Ivi*, ¶¶ 11-12.

³⁴⁶ *Ivi*, ¶ 78. Traduzione a cura dell’autrice.

³⁴⁷ *Ivi*, ¶ 79. Traduzione a cura dell’autrice.

³⁴⁸ *Ivi*, ¶ 80.

³⁴⁹ *Ivi*, ¶¶ 84-85.

(Stati Uniti), la Francia cade in una contraddizione che mina l'identità delle ricorrenti all'interno della società francese³⁵⁰. La Francia dimostra di aver oltrepassato il margine di apprezzamento consentito non riconoscendo l'importanza della genitorialità biologica come una componente integrante dell'identità di ogni individuo e del legame legale del figlio con il proprio genitore biologico³⁵¹.

Da notare infine la Corte sceglie di non analizzare la maternità surrogata ma di concentrarsi sulla sua conseguenza.

Paradiso e Campanelli c. Italia (2015) Il caso riguarda un bambino nato da maternità surrogata (senza legami genetici con nessuno dei due genitori) all'estero e successivamente portato in Italia, dove viene immediatamente affidato dalle autorità italiane ai servizi sociali³⁵².

Le autorità italiane accusano i due ricorrenti di aver tentato di aggirare il divieto riguardante la maternità surrogata³⁵³. L'estrema decisione di allontanare il bambino è stata giustificata dall'esigenza di stabilire la filiazione e di impedire la perpetuazione di una situazione illegale, tenuto conto anche che il breve periodo che i ricorrenti e il bambino avevano trascorso insieme non avrebbe creato una condizione di separazione traumatica per quest'ultimo: contrariamente, lasciarlo con i ricorrenti avrebbe significato legalizzare la situazione³⁵⁴. La Corte infatti, in linea con le giustificazioni immediatamente precedenti, non riconosce la negazione del riconoscimento e la misura di allontanamento come violazione dell'articolo 8³⁵⁵.

La maternità surrogata è spesso vista come rimedio alla sofferta infertilità delle donne o come strumento di manipolazione del corpo femminile, nonostante possa essere vista come una modalità "high tech" per realizzare il ruolo tradizionale della donna come madre³⁵⁶. Rimane però necessario ricordare che questo tema solleva problematiche etiche non solo dal punto di vista della visione della donna in quanto utero, grembo o incubatrice, ma anche perché sfida la struttura familiare imposta dal patriarcato

³⁵⁰ *Ivi*, ¶ 96.

³⁵¹ *Ivi*, ¶ 101.

³⁵² Consiglio d'Europa, Corte europea dei diritti dell'uomo, *Case of Paradiso and Campanelli v. Italy*, Ricorso n. 25358/12, Decisione del 24 gennaio 2017, ¶¶ 8-36, https://www.doev.de/wp-content/uploads/2017/Leitsaetze/09/E_0212.pdf.

³⁵³ *Ivi*, ¶ 37.

³⁵⁴ *Ivi*, ¶¶ 3, 99, 215.

³⁵⁵ *Ivi*, ¶ 216.

³⁵⁶ *Ivi*, ¶ 87.

composta da madre e padre etero (non è il caso specifico delle due sentenze sopra analizzate)³⁵⁷.

Casi riguardanti la sterilizzazione forzata (5)

Le esperienze dei prossimi ricorrenti riguardano una serie di casi di sterilizzazione non consensuale realizzata nei confronti di donne di etnia rom in Slovacchia e la sterilizzazione richiesta da alcuni Stati contraenti come requisito per il riconoscimento legale della riassegnazione del genere per persone transessuali.

V.C. (2011); N.B. (2012); I.G. e altri (2013) c. Slovacchia I primi tre casi presentati riguardano tutti donne di etnia rom sterilizzate senza consenso in occasione del loro parto in ospedale in Slovacchia. Nel primo caso, V.C. aveva subito una chiusura delle tube di Falloppio, la richiesta di questa procedura consisteva in un documento firmato durante il travaglio³⁵⁸. La donna però non aveva compreso il termine “sterilizzazione” ma le era stato solamente riferito che in caso di un ulteriore gravidanza, sia lei che suo figlio sarebbero morti³⁵⁹. In più, durante la permanenza in ospedale era stata sistemata in stanze adibite a sole donne rom (l’etnia della ricorrente era ben evidenziata dalla documentazione medica) alle quali era stato negato l’uso di bagni per donne non-rom³⁶⁰. Nel secondo caso, N.B. era all’epoca della sterilizzazione minore per la legge slovacca (17 anni), per cui tale sterilizzazione avrebbe necessitato del consenso informato dei tutori (madre) a cui non era stato però richiesto³⁶¹. Nel terzo caso, tre donne rom I.G., R.K. e M.K. (per la terza il ricorso si era estinto dopo la sua morte³⁶²), tra le quali le prime due minori, erano state sterilizzate senza consenso informato³⁶³. Tutti e tre le sentenze hanno riscontrato una violazione degli articoli 3 e 8. La violazione dell’articolo 3 è stata riconosciuta per il danno provocato all’integrità fisica e morale delle donne e alla loro dignità e per la sofferenza psicologica causata dalla

³⁵⁷ *Ivi*, 81.

³⁵⁸ Consiglio d’Europa, Corte europea dei diritti dell’uomo, *Case of V.C. v. Slovakia*, Ricorso n. 18968/07, Decisione del 8 febbraio 2012, ¶¶ 10, 14, <https://hudoc.echr.coe.int/eng#%7B%22itemid%22%3A%22001-107364%22%7D>.

³⁵⁹ *Ivi*, ¶ 15.

³⁶⁰ *Ivi*, ¶¶ 17-18.

³⁶¹ Consiglio d’Europa, Corte europea dei diritti dell’uomo, *Case of N.B. v. Slovakia*, Ricorso n. 29518/10, Decisione del 12 settembre 2012, ¶¶ 5, 15-16, <https://hudoc.echr.coe.int/fre?i=001-111427>.

³⁶² *Ivi*, ¶ 61.

³⁶³ Consiglio d’Europa, Corte europea dei diritti dell’uomo, *Case of I.G and others. v. Slovakia*, Ricorso n. 15966/04, Decisione del 29 aprile 2013, ¶¶ 7-8, 11-12, 14-15, 18-19, 13, 26, <https://hudoc.echr.coe.int/eng?i=001-114514>.

condizione di privazione della capacità riproduttiva³⁶⁴. È stata inoltre riconosciuta la violazione dell'aspetto procedurale dell'articolo 3 per il solo caso *I.G. e altri*, dato che le indagini delle autorità slovacche non avevano rispettato gli standard di effettività richiesti dalla Convenzione³⁶⁵. La violazione dell'articolo 8 viene riscontrata per l'assenza di misure a tutela della salute riproduttiva delle ricorrenti causata da un mancato rispetto dell'obbligo positivo in capo allo Stato derivante dallo stesso articolo³⁶⁶.

Ciò che invece risulta drammatico è il mancato riconoscimento della violazione dell'articolo 14, ignorando totalmente che tale violenza era stata indirizzata contro donne di etnia rom e nel contesto della salute riproduttiva e perdendo la possibilità di riconoscere la sterilizzazione come una forma di discriminazione intersezionale basata su genere ed etnia rinforzata a livello sanitario da schemi di marginalizzazione³⁶⁷.

Y.Y. c. Turchia (2015) Un uomo, nato in corpo femminile, richiede l'autorizzazione giudiziaria per sottoporsi a un'operazione chirurgica di riassegnazione del genere³⁶⁸. Le autorità turche richiedono un parere sulla sua situazione psicologica all'ospedale in cui il soggetto era stato curato, che afferma che non solo Y.Y. fosse transessuale ma che la riassegnazione del genere e quindi il "vivere come uomo" sarebbe stato ottimale per la sua salute mentale³⁶⁹. Purtroppo, per un requisito previsto dalla legge, l'essere sterile, la richiesta di Y.Y. non è accolta³⁷⁰.

La Turchia afferma che tale requisito è stato imposto per evitare che l'intervento di riassegnazione del genere fosse usato impropriamente da parte dell'industria

³⁶⁴ Consiglio d'Europa, Corte europea dei diritti dell'uomo, *Case of V.C. v. Slovakia*, ¶¶ 116, 118.

Consiglio d'Europa, Corte europea dei diritti dell'uomo, *Case of N.B. v. Slovakia*, ¶¶ 79-80.

Consiglio d'Europa, Corte europea dei diritti dell'uomo, *Case of I.G and others. v. Slovakia*, ¶¶ 121, 125.

³⁶⁵ Consiglio d'Europa, Corte europea dei diritti dell'uomo, *Case of I.G and others. v. Slovakia*, ¶ 127.

³⁶⁶ Consiglio d'Europa, Corte europea dei diritti dell'uomo, *Case of V.C. v. Slovakia*, ¶ 156.

Consiglio d'Europa, Corte europea dei diritti dell'uomo, *Case of N.B. v. Slovakia*, ¶¶ 97-98.

Consiglio d'Europa, Corte europea dei diritti dell'uomo, *Case of I.G and others. v. Slovakia*, ¶¶ 135, 137.

³⁶⁷ L. OJA, A. E. YAMIN, "“Woman” in the European human rights system: How is the reproductive rights jurisprudence of the European Court of Human Rights constructing narratives of women's citizenship?", p. 88.

³⁶⁸ Consiglio d'Europa, Corte europea dei diritti dell'uomo, *Case of Y.Y. v. Turkey*, Ricorso n. 14793/08, Decisione del 10 giugno 2015, ¶¶ 6-7, <https://hudoc.echr.coe.int/fre?i=001-153134>.

³⁶⁹ *Ivi*, ¶ 12.

³⁷⁰ *Ivi*, ¶ 17.

pornografica³⁷¹. È chiaro però che tale requisito può essere soddisfatto solo attraverso sterilizzazione, in mancanza di una condizione di infertilità³⁷².

La Corte condanna la Turchia per la violazione dell'articolo 8 sulla base del rispetto dell'integrità fisica, che chiaramente precludeva ogni obbligo di sottoporsi a sterilizzazione permanente, e della libertà di stabilire il proprio genere come parte del diritto all'autodeterminazione³⁷³. Quella osservata dalla Corte è una palese interferenza nell'identità della persona³⁷⁴. Viene inoltre osservato, per smentire la posizione sostenuta dalle autorità turche, che tale intervento non poteva dirsi un "capriccio" per la sofferenza del post-operatorio³⁷⁵.

Osserviamo come la Corte ha condannato fermamente la sterilizzazione forzata. Rimangono però seri elementi di preoccupazione rappresentati da un lato dall'aver ignorato completamente l'elemento discriminatorio nei confronti delle donne di etnia rom (discriminazione incrociata: donne e rom) e dall'altro per il riconoscimento della legalità della richiesta di conferme mediche aggiuntive della transessualità di alcuni ricorrenti, che se da un lato può essere interpretata come forma di tutela, potrebbe dall'altro aumentare la stigmatizzazione di cui soffrono queste persone.

A.P., Garçon e Nicot c. Francia (2017) I tre casi riguardano il requisito posto dalle autorità francesi del ricorso al trattamento o alla chirurgia di sterilizzazione per l'ottenimento del riconoscimento legale del genere. La Francia aveva posto due condizioni a tale riconoscimento: esistenza e persistenza della "sindrome della transessualità" e presenza di "trasformazioni irreversibili dell'apparenza fisica"³⁷⁶.

La prima ricorrente, A.P., si era sottoposta al cambio di sesso in Thailandia ma il certificato medico rilasciato comprovante questa operazione non aveva convinto le autorità francesi dell'irreversibilità della trasformazione dell'apparenza del corpo, che avevano quindi richiesto un ulteriore controllo (psichiatrico, endocrinologico e ginecologico), rifiutato però dalla ricorrente (rifiuto interpretato come mancanza dei

³⁷¹ *Ivi*, ¶ 72.

³⁷² *Ivi*, ¶ 118.

³⁷³ *Ivi*, ¶¶ 102, 119.

³⁷⁴ *Ivi*, ¶ 58.

³⁷⁵ *Ivi*, ¶ 115.

³⁷⁶ Consiglio d'Europa, Corte europea dei diritti dell'uomo, *Affaire A.P., Garçon et Nicot c. France*, Ricorsi n. 79885/12, 52471/13 e 52596/13, Decisione del 6 luglio 2017, ¶ 39, <https://hudoc.echr.coe.int/fre?i=001-172556>.

requisiti richiesti)³⁷⁷. La seconda richiedente, Garçon, pur essendosi sottoposta a trattamento ormonale e chirurgia genitale, non fornisce sufficienti certificati medici ma testimonianze della sua personale esperienza³⁷⁸. La terza richiedente, Nicot, non si era sottoposta all'intervento e non aveva quindi potuto presentare prove mediche, decidendo di far riferimento alla sua auto-determinazione e alla durata della sua espressione femminile³⁷⁹.

La Corte riconosce da un lato che la caratteristica di “irreversibilità” è sicuramente data dal processo di sterilizzazione chirurgica o ormonale, dall'altro che un tale obbligo, funzionale al riconoscimento del genere legale, costituisce una violazione dell'articolo 8 per il danno provocato all'integrità fisica³⁸⁰. In questo caso, l'articolo 8 è interpretato nella sua accezione di diritto all'autonomia e in particolare di libertà di definire la propria identità sessuale³⁸¹. La Corte si accinge a controllare il margine di apprezzamento e a verificare che lo Stato abbia effettuato un adeguato bilanciamento tra l'interesse generale e i diritti delle ricorrenti³⁸². Si tratta sicuramente di casi riguardanti una questione etica estremamente delicata su cui manca consenso europeo ma, ciò nonostante, il margine viene definito come ristretto poiché è in ballo l'identità intima o addirittura l'esistenza della persona³⁸³. In più, si fa notare, diversamente dalla prassi statale, che la Francia con una legge del 2006 aveva abbandonato il requisito della sterilizzazione per l'ottenimento del riconoscimento del genere legale³⁸⁴.

Nonostante il riconoscimento dell'avvenuta violazione, la Corte rimane su alcune posizioni in parte stigmatizzanti per le persone transessuali. Da un lato, e ciò è visibile nella versione ufficiale in lingua francese della sentenza, usa la parola maschile “*requérant*” (il ricorrente), affermando però, anche con la sentenza, che ciò non intacca in alcun modo l'autodeterminazione delle ricorrenti³⁸⁵. Dall'altro sostiene la condizione di presentare prove e sottoporsi a visite mediche: respinge quindi la doglianza relativa all'articolo 8 della prima e della seconda ricorrente rispettivamente

³⁷⁷ *Ivi*, ¶¶ 8-25.

³⁷⁸ *Ivi*, ¶¶ 33-40.

³⁷⁹ *Ivi*, ¶¶ 42-54.

³⁸⁰ *Ivi*, ¶¶ 93, 113, 132, 135.

³⁸¹ *Ivi*, ¶ 93.

³⁸² *Ivi*, ¶ 101.

³⁸³ *Ivi*, ¶¶ 122-123.

³⁸⁴ *Ivi*, ¶ 134.

³⁸⁵ *Ivi*, ¶ 1.

relative alla richiesta di sottoporsi a visite mediche e di fornire un certificato che provi la “sindrome della transessualità” e riconosce la violazione dello stesso articolo per la seconda e la terza richiedente in relazione alla richiesta del requisito di sterilità³⁸⁶.

Casi riguardanti l'utilizzo di embrioni (3)

Le tre sentenze presentate trattano la libertà di disporre dei propri embrioni.

Evans c. Regno Unito (2007) La ricorrente e il partner creando sei embrioni prima che le ovaie di lei fossero rimosse a causa di un cancro danno il proprio consenso scritto alla procedura e acconsentono a impiantare gli embrioni nell'utero della ricorrente³⁸⁷. La loro relazione però finisce e il partner richiede alla clinica di distruggere gli embrioni³⁸⁸. La ricorrente a questo punto afferma che quegli embrioni rappresentavano per lei l'unico mezzo per avere un figlio geneticamente suo³⁸⁹.

La Corte nota che gli interessi delle due persone sono tra loro inconciliabili: se la ricorrente usa gli embrioni, l'ex partner è forzato a diventare padre, mentre se l'uomo riesce a ottenere la distruzione degli embrioni, Evans non potrà avere un figlio geneticamente suo³⁹⁰. La Corte continua affermando che gli interessi di entrambi sono tutelati dall'articolo 8, quindi non è possibile riconoscere al diritto della ricorrente un peso maggiore di quello del partner³⁹¹. Data l'assenza di consenso sulla questione a livello europeo e dato che le norme interne, chiare e accessibili alla ricorrente, creano un bilanciamento tra i due interessi in competizione, non è stata riconosciuta la violazione dell'articolo 8³⁹².

Knecht c. Romania (2013) Questo secondo caso riguarda invece la richiesta della ricorrente di prelevare i propri embrioni crioconservati prodotti attraverso fecondazione in vitro da una clinica sottoposta a sequestro penale³⁹³.

³⁸⁶ *Ivi*, ¶ 135, 144, 154.

³⁸⁷ Consiglio d'Europa, Corte europea dei diritti dell'uomo, *Case of Evans v. the United Kingdom*, Ricorso n. 6339/05, Decisione del 10 aprile 2007, ¶¶ 9, 11, http://news.bbc.co.uk/2/shared/bsp/hi/pdfs/07_03_06_echr.pdf.

³⁸⁸ *Ivi*, ¶ 12.

³⁸⁹ *Ivi*, ¶ 58.

³⁹⁰ *Ivi*, ¶ 73.

³⁹¹ *Ivi*, ¶ 90.

³⁹² *Ivi*, ¶ 92.

³⁹³ Consiglio d'Europa, Corte europea dei diritti dell'uomo, *Case of Knecht v. Romania*, Ricorso n. 10048/10, Decisione del 11 febbraio 2013, ¶¶ 1, 14, https://www.biodiritto.org/ocmultibinary/download/2557/24419/7/e0c92a71f69efcd2d43cb25e2dec8db2.pdf/file/CASE_OF_KNECHT_v._ROMANIA.pdf.

La Corte ricorda che l'articolo 8 si applica anche ai casi che riguardano il diritto di decidere di diventare o meno genitori e al diritto di concepire un figlio e di fare uso di tecniche di procreazione assistite (come in *Evans; A., B. e C.; S.H.*)³⁹⁴.

Viene individuata la violazione dell'articolo 8 per il mancato trasferimento degli embrioni alla ricorrente ma viene affermato che “*this transfer was enforced in a relatively short period of time following the pronouncement of the High Court’s judgment and consequently, the applicant’s embryos have now been transferred and deposited in a specialist clinic, namely in the Department for Assisted Reproduction within the Prof. Dr. Panait Sârbu public hospital. It follows that the applicant’s initial complaint, that it was impossible for her to retrieve and transfer her embryos from the IFM, has remained without object in so far as the domestic authorities have adopted and implemented measures albeit with some delay designed to secure respect for the applicant’s right to a private life and consequently the transfer as required by the applicant was made and the embryos have now been deposited in a specialised and authorised clinic.*”³⁹⁵.

I due casi affrontano due situazioni completamente diverse legate al destino di embrioni che denotano come la Corte, nei casi che lo riguardano, cerchi di tutelare il diritto a diventare genitore, nonostante la delicatezza morale del tema, che appunto non ha consentito di pronunciarsi a favore del primo ricorrente.

Parrillo c. Italia (2015) Dopo la morte del marito nel 2003, la ricorrente aveva deciso di non impiantare i cinque embrioni ottenuti nel 2002 da un trattamento in vitro volendoli donare alla ricerca scientifica per la cura di malattie rare³⁹⁶. Purtroppo tale richiesta fu respinta sulla base di una legge del 2004 (articolo 13 della legge 40/2004) che vietava gli esperimenti su embrioni umani e puniva con la reclusione da due a sei anni³⁹⁷. La signora Parrillo lamentava la violazione dell'articolo 8³⁹⁸. Secondo la Corte, considerando la giurisprudenza precedente in fatto di embrioni (risolta a tutela della libertà delle parti) e nonostante l'articolo 8 comprenda anche il diritto al rispetto della decisione di diventare o meno genitore, il caso di specie non riguardava la

³⁹⁴ *Ivi*, ¶ 54.

³⁹⁵ *Ivi*, ¶¶ 61, 64.

³⁹⁶ Consiglio d'Europa, Corte europea dei diritti dell'uomo, *Case of Parrillo v. Italy*, Ricorso n. 46470/11, Decisione del 27 agosto del 2015, ¶¶ 12-14, <https://www.globalhealthrights.org/wp-content/uploads/2016/05/PARRILLO-v.-ITALY-.pdf>.

³⁹⁷ *Ivi*, ¶ 16.

³⁹⁸ *Ivi*, ¶ 3.

genitorialità o un qualsiasi altro aspetto importante dell'esistenza e dell'identità della ricorrente³⁹⁹.

A partire da questo ragionamento e considerato che non si avevano le volontà del marito della ricorrente, non viene individuata la violazione dell'articolo 8, trattandosi di un tema che sollevando questioni etiche e mancando di consenso europeo rientra all'interno del margine di apprezzamento dello Stato: il divieto dello Stato italiano viene definito "necessario in una società democratica" per il secondo paragrafo dell'articolo 8 in quanto è espressione del bilanciamento tra gli interessi generali e quelli individuali⁴⁰⁰.

Casi riguardanti la negligenza medica (2)

Le esperienze di queste due donne sintetizzano in parte i motivi che spingono molte gestanti a rifuggire l'assistenza medica. Se nel caso di Csoma la negligenza ha danneggiato fortemente la sua integrità fisica, rendendola per sempre sterile, A.K. ha come conseguenza la negazione della sua autonomia decisionale, legata alla scelta del mettere o meno al mondo la figlia affetta dalla sindrome di Down.

Csoma c. Romania (2013) La ricorrente porta all'attenzione della Corte "*grievous unintentional bodily harm and negligence*"⁴⁰¹. Dopo la scoperta di idrocefalia del feto, viene predisposto un aborto che risulta però un fallimento e che viene quindi seguito da un'iniezione di glucosio: il feto viene espulso ma la donna ha febbre (curata senza visita medica ma solo con antidolorifici) dovuta a una coagulazione intravascolare disseminata che porta a praticare un'isterectomia (rimozione dell'utero e un'annessiectomia (rimozione di uno o entrambi gli annessi uterini) che la rendono sterile (sterilizzazione accidentale)⁴⁰².

La donna chiaramente lamenta, sulla base degli articoli 2, 6 e 13, la mancanza di consenso informato e la negligenza riguardante gli esami non effettuati

³⁹⁹ *Ivi*, ¶ 174.

⁴⁰⁰ *Ivi*, ¶¶ 169, 173, 175, 196, 197, 183.

⁴⁰¹ Consiglio d'Europa, Corte europea dei diritti dell'uomo, *Case of Csoma v. Romania*, Ricorso n. 8759/05, Decisione del 15 aprile 2013, ¶ 15, [https://hudoc.echr.coe.int/eng#{%22itemid%22:\[%22001-115862%22\]}](https://hudoc.echr.coe.int/eng#{%22itemid%22:[%22001-115862%22]}).

⁴⁰² *Ivi*, ¶¶ 8-11.

precedentemente alla procedura di iniezione del glucosio, basata su una diagnosi non confermata dalla sua cartella clinica⁴⁰³.

La Corte condanna la Romania per la violazione dell'articolo 8, non solo per la mancanza di consenso scritto ma anche per non aver fornito le necessarie informazioni mediche che avrebbero reso possibile una decisione informata, e dell'articolo 41 per mancata compensazione⁴⁰⁴. A tale proposito la Corte afferma “[t]o adopt the necessary regulatory measures to ensure that doctors consider the foreseeable consequences of a planned medical procedure on their patients’ physical integrity and to inform patients of these consequences beforehand, in such a way that the latter are able to give informed consent”⁴⁰⁵.

A.K. c. Lettonia (2014) La ricorrente era stata rinviaata dal suo medico a uno specialista per sottoporsi a un esame AFP (alfa-fetoproteina), necessario a individuare malformazioni del feto⁴⁰⁶. Il suo medico però non si era assicurato dell'avvenuto esame⁴⁰⁷. La donna aveva poi messo alla luce una bambina con sindrome di Down⁴⁰⁸. La violazione dell'articolo 8 viene individuata nella negligenza del dottore che non ha permesso alla donna di scegliere se continuare o meno la gravidanza e per la violazione della protezione dei dati personali, mentre riguardo all'articolo 6 la violazione risiede nel fatto che il caso non era stato propriamente esaminato⁴⁰⁹. In particolare, per quanto riguarda l'articolo 8 vengono individuate delle discrepanze per ciò che concerne la mancata indagine sulla sparizione della cartella clinica (unita all'iniziale, ma non comprovata, accusa di falsificazione della stessa), mentre per l'articolo 6 si recriminano la mancanza di appello, la mancata presenza della donna in tribunale e la lunghezza delle indagini⁴¹⁰.

Le due sentenze hanno messo in luce un fattore, la negligenza medica, che non solo rientra in tutto e per tutto nella violenza ginecologica e ostetrica ma che rappresenta

⁴⁰³ *Ivi*, ¶¶ 18, 27.

⁴⁰⁴ *Ivi*, ¶¶ 47, 49, 68-69.

⁴⁰⁵ *Ivi*, ¶ 42.

⁴⁰⁶ Consiglio d'Europa, Corte europea dei diritti dell'uomo, *Case of A.K. v. Latvia*, Ricorso n. 33011/08, Decisione del 24 settembre 2014, ¶¶ 7-11, <https://hudoc.echr.coe.int/eng/?i=001-145005>.

⁴⁰⁷ *Ivi*, ¶ 16.

⁴⁰⁸ *Ivi*, ¶ 11.

⁴⁰⁹ *Ivi*, ¶¶ 57, 94-95.

⁴¹⁰ *Ivi*, ¶¶ 88, 95.

anche un elemento di rischio alla salute, alla vita e alle libere scelte delle donne in ambito sanitario.

Casi riguardanti la privazione della libertà come conseguenza del trattenimento in ospedale (1)

Il trattenimento della ricorrente del prossimo caso denota anche qui la mancanza di autonomia decisionale della donna e lo stringente controllo che il sistema sanitario, con la complicità statale, esercita su di essa.

Il tema del trattenimento dovrebbe portare alla mente l'utilizzo di questa forma di violenza, vera e propria detenzione ed elemento rientrante nella denominazione di violenza ginecologica e ostetrica, nel caso della privazione della libertà delle neomamme che non sono in grado di coprire le spese mediche legate all'assistenza ginecologica e ostetrica prestatagli.

Hanzelkovi c. Repubblica Ceca (2014) La ricorrente dopo un parto senza complicazioni decide di tornare a casa⁴¹¹. L'ospedale informa sia la polizia che i servizi sociali⁴¹² affermando che “[c]ompte tenu du court laps de temps écoulé depuis la naissance, la santé et, le cas échéant, la vie même de l'enfant sont mises en péril si celui-ci est privé de soins hospitaliers”⁴¹³. Viene richiesto infatti dall'ospedale alla Corte distrettuale di applicare misure ad interim per dare in custodia il bambino al dipartimento ginecologico-ostetrico dell'ospedale costringendo il neonato e la donna a restare due giorni in ospedale⁴¹⁴.

La Corte riconosce la violazione dell'articolo 8 per misure illegittime e non necessarie suggerendo che le autorità avrebbero dovuto considerare altre misure poiché sottrarre un bambino alla madre rappresenta una misura “*extrêmement dure*” dato che nel caso specifico non sussistevano “*raisons extraordinairement impérieuses*” o “*imminence du danger*” (avendone dovuto stabilire proprio il rischio)⁴¹⁵. La misura ad interim infatti era “[p]articulièrement succinct et renvoie simplement à la courte note rédigée

⁴¹¹ Consiglio d'Europa, Corte europea dei diritti dell'uomo, *Affaire Hanzelkovi c. République tchèque*, Ricorso n. 43643/10, Decisione del 11 marzo 2015, ¶ 6, <https://hudoc.echr.coe.int/fre?i=001-148630>.

⁴¹² *Ivi*, ¶ 9.

⁴¹³ *Ivi*, ¶ 12.

⁴¹⁴ *Ivi*, ¶¶ 13, 16.

⁴¹⁵ *Ivi*, ¶¶ 72-73.

par le médecin”⁴¹⁶ ed era stata presa in relazione a un rischio generale per la salute senza provvedere a ulteriori indagini⁴¹⁷. Viene individuato il superamento del margine di apprezzamento statale per l’effetto sproporzionato della misura non necessaria in una società democratica (erano sufficienti misure precauzionali per tutelare la salute del bambino)⁴¹⁸. Infine, l’impossibilità di annullare la misura e il non poter ricorrere per limiti temporali costituiscono una violazione dell’articolo 13⁴¹⁹.

Con tale sentenza la Corte restituisce valore alle libere scelte delle donne e condanna l’atteggiamento di controllo, in questo caso con misure ad interim, che troppo spesso viene messo in pratica nelle strutture sanitarie.

Casi riguardanti la mancanza di consenso informato (1)

Questo caso, ancora una volta, porta alla luce uno degli atti riconosciuti come violenza ostetrica: la mancanza di privacy che caratterizza pratiche intime come gli esami ginecologici o lo stesso parto realizzati al cospetto di estranei.

Konovalova c. Russia (2015) La ricorrente viene ricoverata per contrazioni ed è informata al suo arrivo in ospedale che alcuni studenti di medicina affiancheranno i medici e che i pazienti sono coinvolti nel processo di studio⁴²⁰. Durante il parto vaginale infatti gli studenti di medicina sono coinvolti come spettatori, venendogli anche fornite informazioni mediche personali della donna, nonostante la signora Konovalova si fosse opposta alla loro presenza⁴²¹. La donna inoltre lamenta che il parto è stato ritardato proprio per consentire a questi studenti di essere presenti, ritardo che ha avuto come conseguenza per il figlio l’asfissia alla nascita⁴²².

La Corte individua la violazione dell’articolo 8 per la vaghezza delle indicazioni dell’ospedale sulla presenza degli studenti e per la mancanza di possibilità di compiere una scelta informata su tale presenza anche a causa di stress, stanchezza, medicinali (sonniferi) e contrazioni⁴²³. In questo caso, l’articolo 8 è interpretato in quanto diritto

⁴¹⁶ *Ivi*, ¶ 76.

⁴¹⁷ *Ibidem*.

⁴¹⁸ *Ivi*, ¶¶ 72, 79.

⁴¹⁹ *Ivi*, ¶¶ 51, 84-85.

⁴²⁰ Consiglio d’Europa, Corte europea dei diritti dell’uomo, *Case of Konovalova v. Russia*, Ricorso n. 37873/04, Decisione del 16 febbraio 2015, ¶¶ 6-7, <https://hudoc.echr.coe.int/eng#%7B%22itemid%22%3A%5B%22001-146773%22%5D%7D>.

⁴²¹ *Ivi*, ¶¶ 15-16.

⁴²² *Ivi*, ¶¶ 16-17.

⁴²³ *Ivi*, ¶¶ 41, 46-47.

a scegliere le circostanze nelle quali diventare genitori (come in *Ternovszky*), tutelante anche l'integrità della persona, per la quale il corpo è l'aspetto più intimo⁴²⁴.

Infine, la doglianza relativa all'articolo 3 non viene presa in considerazione dalla Corte poiché non esistevano tracce di trattamenti inappropriati quale il ritardo intenzionale del parto⁴²⁵.

La Corte riconosce giustamente l'importanza del rispetto dell'intimità della persona che si realizza in questo caso con il dover tutelare la riservatezza del corpo nudo di una donna in un momento privato quale quello del parto.

Casi riguardanti gli esami ginecologici forzati (3)

Tutti e tre i casi riguardano donne arrestate o prese in custodia dalle autorità turche sottoposte a esami ginecologici forzati per evitare accuse di stupro contro le guardie carcerarie.

Y.F. c. Turchia (2003) La moglie del ricorrente, presa in custodia per il sospetto di collaborare con l'organizzazione terroristica PKK (Partito dei lavoratori del Kurdistan), è sottoposta a un esame ginecologico senza consenso⁴²⁶.

La Corte riconosce la violazione del diritto alla privacy della donna (articolo 8) per un esame medico che la donna non avrebbe potuto impedire data la sua situazione di vulnerabilità causata dal controllo totale che le autorità turche esercitavano su di lei⁴²⁷.

La Corte per arrivare a tale conclusione ha valutato se l'esame ginecologico fosse previsto dalla legge e se fosse necessario in una società democratica⁴²⁸. La posizione fornita dal governo turco sosteneva che l'utilizzo di tali esami ginecologici era necessario per evitare false accuse di violenza sessuale contro le forze di sicurezza⁴²⁹.

Sebbene la Corte riscontri che il governo abbia fallito nel dimostrare l'esistenza della necessità medica di tali esami in base alla legge nazionale, nel caso di specie la stessa

⁴²⁴ *Ivi*, ¶¶ 39-40.

⁴²⁵ *Ivi*, ¶¶ 52-57.

⁴²⁶ Consiglio d'Europa, Corte europea dei diritti dell'uomo, *Case of Y.F. v. Turkey*, Ricorso n. 24209/94, Decisione del 22 novembre 2003, ¶¶ 10-12, https://www.coe.int/t/dg2/equality/domesticviolencecampaign/resources/Y.F.%20v.%20TURKEY_en.asp.

⁴²⁷ *Ivi*, ¶¶ 34, 44.

⁴²⁸ *Ivi*, ¶ 38.

⁴²⁹ *Ibidem*.

riconosce che tale esame può rilevarsi una tutela contro le false accuse di molestie sessuali e maltrattamenti realizzati dalle già citate forze di sicurezza⁴³⁰.

Juhnke c. Turchia (2008) Questo caso presenta una situazione identica al precedente. La ricorrente, sospettata di essere legata al PKK, è “persuasa” a sottoporsi a un esame ginecologico⁴³¹. Anche in questo caso il governo turco ricollega la necessità di sottoporre le donne trattenute a un esame ginecologico al prevenire accuse di stupro⁴³². In questo caso, all’articolo 8 si aggiunge la doglianza relativa all’articolo 3. La Corte però non riconosce il superamento della soglia minima di gravità per la violazione dell’articolo relativo alla tortura e ai trattamenti crudeli, inumani e degradanti⁴³³, minimizzando l’effetto fisico e psicologico dell’abuso di potere. La violazione dell’articolo 8 viene riconosciuta poiché da un lato l’esame era stato realizzato senza consenso libero e informato e dall’altro il governo turco non aveva saputo dimostrare la previsione dell’esame all’interno della legge o la sua necessità in una società democratica⁴³⁴.

Yazgül Yılmaz c. Turchia (2011) In questo caso la ricorrente è arrestata e sottoposta a un esame di verginità (controllare che l’imene sia ancora intatto)⁴³⁵.

La Corte riconosce invece in questo caso la violazione dell’articolo 3 per trattamento degradante considerando anche che la ricorrente all’epoca dell’esame era minore⁴³⁶.

Casi riguardanti la violenza domestica (1)

Opuz c. Turchia (2009) La violenza domestica si categorizza sicuramente come una forma di discriminazione di genere ed è ciò che numerose volte ha subito la ricorrente di questo caso ad opera del marito⁴³⁷. La Corte riconosce la violazione di tre articoli

⁴³⁰ *Ivi*, ¶ 43.

⁴³¹ Consiglio d’Europa, Corte europea dei diritti dell’uomo, *Case of Juhnke v. Turkey*, Ricorso n. 52515/99, Decisione del 13 agosto 2008, ¶¶ 5-9, <https://www.womenslinkworldwide.org/files/2898/gjo-echr-juhnke-en-pdf.pdf>.

⁴³² *Ivi*, ¶ 30.

⁴³³ *Ivi*, ¶ 70.

⁴³⁴ *Ivi*, ¶ 82.

⁴³⁵ Consiglio d’Europa, Corte europea dei diritti dell’uomo, *Affaire Yazgül Yılmaz c. Turquie*, Ricorso n. 36369/06, Decisione del 1° maggio 2011, ¶¶ 5-8, <https://hudoc.echr.coe.int/fre#%7B%22itemid%22%3A%22001-103157%22%7D>.

⁴³⁶ *Ivi*, ¶¶ 47-48, 54.

⁴³⁷ Consiglio d’Europa, Corte europea dei diritti dell’uomo, *Case of Opuz v. Turkey*, Ricorso n. 33401/02, Decisione del 9 giugno 2009, ¶¶ 9-46, <https://rm.coe.int/CoERMPublicCommonSearchServices/DisplayDCTMContent?documentId=090000168069454a>.

della Convenzione, 2, 3 e 14, dimostrando che la violenza domestica possiede una distinta dimensione di genere portando le donne a soffrirne disproporzionatamente più degli uomini⁴³⁸. La Corte prende proprio in considerazione report sulla violenza domestica, casi riguardanti i diritti umani e la Convenzione sull'eliminazione di ogni forma di discriminazione della donna (1979), non a caso si è parlato inizialmente di discriminazione di genere⁴³⁹.

La Corte infine denuncia la generale e discriminatoria passività giudiziale turca che contribuisce a creare un clima che conduce al perpetuarsi della violenza domestica⁴⁴⁰.

2. Risoluzione e Rapporto del Consiglio d'Europa sulla violenza ginecologica e ostetrica del 2019

Con la Risoluzione 2306 del 3 ottobre 2019 dell'Assemblea parlamentare, il Consiglio d'Europa ha riconosciuto le violenze ginecologiche e ostetriche.

La mozione che aveva preceduto questa risoluzione, la 14495 del 26 gennaio 2018, affermava che la salute sessuale e riproduttiva di una donna fosse parte integrale dei suoi diritti umani e contributo attivo al suo *empowerment*, condannando quindi ogni forma di violenza contro le donne in quanto violazione dei diritti umani⁴⁴¹.

L'Assemblea fa riferimento nella suddetta risoluzione alla *Convenzione di Istanbul (Convenzione del Consiglio d'Europa sulla prevenzione e la lotta contro la violenza nei confronti delle donne e la violenza domestica, 2011)* che vieta aborto e sterilizzazione forzati all'articolo 39, alle legislazioni argentina e venezuelana, alla denuncia dell'OMS del 2014 e a quella poco precedente dell'agosto 2019 della Rappresentante Speciale ONU Šimonović⁴⁴².

⁴³⁸ *Ivi*, ¶¶ 183, 202.

⁴³⁹ *Ivi*, ¶¶ 2-90, 187-190.

⁴⁴⁰ *Ivi*, ¶ 198.

⁴⁴¹ Consiglio d'Europa, Assemblea parlamentare, *Obstetrical and gynaecological violence*, Doc. 14495 del 26 gennaio 2018, <http://semantic-pace.net/tools/pdf.aspx?doc=aHR0cDovL2Fzc2VtYmx5LmNvZS5pbnQvbncveG1sL1hSZWYyWDJILURXLWV4dHluYXNwP2ZpbGVpZD0yNDQ5MSZsYW5nPUVO&xsl=aHR0cDovL2Fzc2VtYmx5LmNvZS5pbnQvbncveG1sL3hzbC1mby9QZGYvWFJlZi1XRClBVC1YTUwyUERGLnhzbA==&xslparams=ZmlsZWlkPTI0NDkx>.

⁴⁴² Consiglio d'Europa, Assemblea parlamentare, *Obstetrical and gynaecological violence*, Risoluzione n. 2306 del 3 ottobre 2019, ¶¶ 2, 4, <http://semantic-pace.net/tools/pdf.aspx?doc=aHR0cDovL2Fzc2VtYmx5LmNvZS5pbnQvbncveG1sL1hSZWYyWDJILURXLWV4dHluYXNwP2ZpbGVpZD0yODIzNiZsYW5nPUVO&xsl=aHR0cDovL2Fzc2VtYmx5LmNvZS5pbnQvbncveG1sL3hzbC1mby9QZGYvWFJlZi1XRClBVC1YTUwyUERGLnhzbA==&xsl>

La Risoluzione 2306/2019 afferma che le violenze ginecologiche e ostetriche sono forme di violenza rimaste nascoste e ignorate che si originano da una cultura patriarcale ancora dominante nella società e soprattutto nel campo medico, pur riconoscendo che in molti Stati membri si assiste all'avvio di campagne di sensibilizzazione e alla raccolta di testimonianze di questa tipologia di violenze, che solo la promozione della parità di genere riuscirà a prevenire e combattere⁴⁴³.

Per violenze ginecologiche e ostetriche sono intesi “atti inappropriati o non consensuali come: mutilazioni genitali, episiotomia e palpazioni vaginali realizzate senza consenso, pressioni sul fondo uterino o interventi dolorosi senza anestesia e aborti e sterilizzazioni forzati [...] e comportamento sessista”⁴⁴⁴.

Sebbene il Consiglio d'Europa condanni fermamente ogni forma di violenza contro le donne in ambito di assistenza riproduttiva, la Risoluzione nota come le condizioni di lavoro a volte difficili per mancanza di personale, mezzi o sovraccarico di lavoro hanno un impatto negativo sull'accoglienza dei pazienti⁴⁴⁵.

Nonostante la lotta alle violenze ginecologiche e ostetriche non sia ancora prioritaria, si esortano gli Stati membri ad applicare pratiche compassionevoli e buone prassi, in linea con quanto indicato dall'OMS, invitando in particolare a:

1. Prevenire discriminazioni nell'accesso alle cure;
2. Assicurare un trattamento e cure rispettose dei diritti umani e della dignità umana;
3. Realizzare e pubblicare studi su pratiche mediche durante il parto e su casi di violenze ginecologiche e ostetriche da parte dei Ministeri della Salute e per le pari opportunità;

[ltparams=ZmlsZWlkPTI4MjM2.](#)

⁴⁴³ *Ivi*, 3, 5.

⁴⁴⁴ Consiglio d'Europa, Assemblea parlamentare, *Obstetrical and gynaecological violence*, Doc. 14965 del 16 settembre 2019, p. 2, <http://semantic-pace.net/tools/pdf.aspx?doc=aHR0cDovL2Fzc2VtYmx5LmNvZS5pbnQvbncveG1sL1hSZWYvWDJlLURXLWV4dHIuYXNwP2ZpbGVpZD0yODEwOCZsYW5nPUVO&xsl=aHR0cDovL2Fzc2VtYmx5LmNvZS5pbnQvbncveG1sL3hzbC1mby9QZGYvWFJlZi1XRC1BVC1YTUwyUERGLnhzbA==&xsltparams=ZmlsZWlkPTI4MjM2A4>. Traduzione a cura dell'autrice.

⁴⁴⁵ Consiglio d'Europa, Assemblea parlamentare, *Obstetrical and gynaecological violence*, Risoluzione n. 2306 del 3 ottobre 2019, ¶ 6, [http://semantic-pace.net/tools/pdf.aspx?doc=aHR0cDovL2Fzc2VtYmx5LmNvZS5pbnQvbncveG1sL1hSZWYvWDJlLURXLWV4dHIuYXNwP2ZpbGVpZD0yODEwOCZsYW5nPUVO&xsl=aHR0cDovL2Fzc2VtYmx5LmNvZS5pbnQvbncveG1sL3hzbC1mby9QZGYvWFJlZi1XRC1BVC1YTUwyUERGLnhzbA==&xsltparams=ZmlsZWlkPTI4MjM2.](http://semantic-pace.net/tools/pdf.aspx?doc=aHR0cDovL2Fzc2VtYmx5LmNvZS5pbnQvbncveG1sL1hSZWYvWDJlLURXLWV4dHIuYXNwP2ZpbGVpZD0yODEwOCZsYW5nPUVO&xsl=aHR0cDovL2Fzc2VtYmx5LmNvZS5pbnQvbncveG1sL3hzbC1mby9QZGYvWFJlZi1XRC1BVC1YTUwyUERGLnhzbA==&xsltparams=ZmlsZWlkPTI4MjM2)

4. Diffondere le buone prassi promosse dall'OMS ed elaborare raccomandazioni riguardanti il trattamento corretto in ginecologia;
5. Realizzare campagne d'informazione sui diritti dei e delle pazienti e di sensibilizzazione su prevenzione e lotta al sessismo e alla violenza contro le donne, comprese le violenze ginecologiche e ostetriche;
6. Adottare e attuare una legge sul consenso informato e sul diritto all'informazione nelle diverse fasi delle procedure mediche;
7. Garantire finanziamenti adeguati alle strutture sanitarie per assicurare condizioni di lavoro dignitose, accoglienza rispettosa e accesso a terapie antidolore;
8. Formare in maniera specifica (su diversità fisica, integrità e autonomia⁴⁴⁶) ginecologi e ostetriche sensibilizzandoli sulle violenze ginecologiche e ostetriche;
9. Assicurarsi che tale formazione riservi spazio a nozioni quali relazione con pazienti, consenso informato, parità di genere, accoglienza di persone LGBTI, accoglienza di persone con disabilità, accoglienza di persone vulnerabili, comunicazione, prevenzione del sessismo e della violenza e approccio umano alle cure;
10. Introdurre meccanismi di segnalazione e denuncia per le vittime di violenze ginecologiche e ostetriche all'interno e all'esterno degli ospedali;
11. Escludere nel meccanismo d'esame delle denunce di violenza ginecologica e ostetrica la mediazione e prevedere sanzioni contro gli operatori sanitari;
12. Proporre un servizio di assistenza e cura per le vittime di violenza ginecologica e ostetrica;
13. Firmare, ratificare e attuare la Convenzione di Istanbul⁴⁴⁷.

La Risoluzione si conclude con un invito a discutere all'interno dei Parlamenti nazionali della protezione dei diritti umani in ambito ginecologico e riproduttivo e a proseguire la sensibilizzazione dell'opinione pubblica sul tema delle violenze ginecologiche e ostetriche⁴⁴⁸.

⁴⁴⁶ Consiglio d'Europa, Assemblea parlamentare, *Obstetrical and gynaecological violence*, Doc. 14965 del 16 settembre 2019, p. 4.

⁴⁴⁷ Consiglio d'Europa, Assemblea parlamentare, *Obstetrical and gynaecological violence*, Risoluzione n. 2306 del 3 ottobre 2019, ¶ 7-8.

⁴⁴⁸ *Ivi*, 9-10.

Il Rapporto 14965 del Consiglio d'Europa sulle violenze ginecologiche e ostetriche del 16 settembre 2019 è l'unico documento fino ad ora analizzato che nel definire il tema centrale di questo lavoro fa una distinzione tra violenze ginecologiche e violenze ostetriche. Le violenze ginecologiche, sessismo, umiliazioni e violenza fisica, avvengono al momento delle visite ginecologiche durante le quali le donne si trovano in una posizione vulnerabile⁴⁴⁹. Contrariamente, le violenze ostetriche avvengono durante il parto e sono attuate attraverso l'infantilizzazione delle donne, forzando a partorire in determinate posizioni, somministrando in maniera eccessiva medicinali, facendo sentire le donne in colpa se vogliono partorire in modalità "più standard", sottoponendole a procedure mediche come induzione del travaglio, pressioni sull'utero, tagli cesarei o episiotomia, senza consenso e senza comunicare i rischi e le conseguenze a lungo termine⁴⁵⁰.

Il Consiglio d'Europa con questo rapporto riconosce che le violenze ginecologiche e ostetriche non sono un tipo di violenza nuova ma sono risultato di una cultura patriarcale radicata nel settore medico lavorativo e universitario e di stereotipi di genere che si sommano ai tagli al servizio sanitario e all'inottemperanza della fisiologia del parto e delle buone pratiche⁴⁵¹. Gli stereotipi rinforzano il ruolo della donna-madre: se da un lato le donne vengono sollecitate ad avere figli il prima possibile (parlando per le donne over 35 già di gravidanze geriatriche o ad alto rischio), dall'altro vengono stigmatizzate quando desiderano essere sterilizzate (sono mandate dallo psicologo o avvertite che rimpiangeranno la loro scelta)⁴⁵². In più, i tabù sul corpo femminile, non permettendo alle donne di confrontarsi a causa dell'imbarazzo con i medici su "questioni intime", sono utilizzati come un'opportunità per dominare⁴⁵³.

Si riconoscono alle violenze ginecologiche e ostetriche conseguenze importanti e ancora largamente sottostimate quali depressione post-partum, sindrome da stress

⁴⁴⁹ Consiglio d'Europa, Assemblea parlamentare, *Obstetrical and gynaecological violence*, Doc. 14965 del 16 settembre 2019, p. 2, <http://semantic-pace.net/tools/pdf.aspx?doc=aHR0cDovL2Fzc2VtYmx5LmNvZS5pbnQvbncveG1sL1hSZWYyVWdJIURXLEWV4dHluYXNwP2ZpbGVpZD0yODEwOCZsYW5nPUVVO&xsl=aHR0cDovL2Fzc2VtYmx5LmNvZS5pbnQvbncveG1sL3hzbC1mby9QZGYvWFJlZi1XRClBVC1YTUwyUERGLnhzbA==&xslparams=ZmlsZWlkPTI4MTA4>.

⁴⁵⁰ *Ivi*, 3.

⁴⁵¹ *Ivi*, 7.

⁴⁵² *Ivi*, 38-39.

⁴⁵³ *Ivi*, 37.

post-traumatico, deterioramento della relazione madre-figlio, sfiducia nel personale medico e quindi riluttanza a sottoporsi a visite mediche⁴⁵⁴.

Il rapporto prosegue affrontando una serie di aspetti riguardanti le violenze ginecologiche e ostetriche. In primo luogo, viene denunciata la discriminazione contro le donne lesbiche criticate per il loro stile di vita, orientamento sessuale e aspetto, attraverso l'utilizzo di linguaggio inappropriato presumendone la loro eterosessualità (contribuzione a invisibilità ed esclusione di donne lesbiche e bisessuali)⁴⁵⁵. Le persone LGBTI incontrano due ostacoli: accesso ai servizi sanitari e atteggiamento riservatogli (alle donne lesbiche non sono offerti controlli regolari per il cancro alla cervice perché considerate categoria a basso rischio)⁴⁵⁶. Si affronta, in secondo luogo, la sterilizzazione forzata che viene denunciata come una delle forme più serie di violenza poiché priva una donna della sua capacità di decidere se avere o meno un figlio⁴⁵⁷. Si sottolinea poi che non è assolutamente una pratica necessaria per salvare la vita della donna esistendo metodi contraccettivi non irreversibili che eliminano il rischio comportato da alcuni tipi di gravidanza⁴⁵⁸. In particolare la risoluzione 1945/2013 “*Putting an end to coerced sterilisations and castrations*” dello stesso Consiglio d'Europa chiede agli Stati membri una revisione delle leggi e delle politiche per evitare queste pratiche e assicurare riparazione, protezione e riabilitazione delle vittime, persecuzione dei colpevoli e compensazione finanziaria proporzionata alla violazione dei diritti umani subita⁴⁵⁹. In particolare, si denuncia la situazione delle donne di etnia rom stigmatizzate, umiliate, spostate in sezioni separate del reparto maternità e spesso vittime di violenze ginecologiche e ostetriche deliberate come nel caso delle sterilizzazioni forzate⁴⁶⁰.

In un ulteriore paragrafo viene denunciato il sessismo sottoforma di paternalismo medico dei ginecologi. Il sessismo dei ginecologi assume l'aspetto di superiorità morale che li porta raramente a mettere in discussione il proprio modo di agire ignorando il dolore della donna (le diagnosi di endometriosi vengono realizzate dopo

⁴⁵⁴ *Ivi*, 32-33.

⁴⁵⁵ *Ivi*, 41, 43.

⁴⁵⁶ *Ivi*, 42.

⁴⁵⁷ *Ivi*, 45.

⁴⁵⁸ *Ibidem*.

⁴⁵⁹ *Ivi*, 49.

⁴⁶⁰ *Ivi*, 50.

anni) o essendone indifferenti (durante esami ginecologici o inserimento di dispositivi intrauterini)⁴⁶¹.

Nonostante le violenze ginecologiche e ostetriche siano da considerarsi pressoché uguali a qualsiasi altra forma di violenza sessuale per le sue conseguenze, il fatto che queste avvengano in contesto e da parte di professionisti istituzionali e medici le rende contemporaneamente diverse da qualsiasi altra violenza sessuale e più complesse da provare e denunciare (l'esecutore medico può sempre difendersi sostenendo di aver agito nell'interesse di madre e bambino)⁴⁶². La violenza istituzionale e strutturale risulta, secondo l'Assemblea, da come i servizi sono organizzati, dalla mancanza di tempo e di personale e dal bisogno di costo-efficienza (il tempo di assistenza ai pazienti non è lo stesso che serve ad adempiere ai requisiti economici)⁴⁶³. Il rapporto afferma quindi la necessità non solo di attivare meccanismi di *follow-up* ma di mettere in pratica tutta una serie di raccomandazioni e buone pratiche, tra le quali:

- Allocare fondi adeguati;
- Organizzare corsi specifici sul rapporto medico-paziente, sulla nozione di consenso, sull'uguaglianza di genere, sull'assistenza a persone LGBT e a persone vulnerabili e sulla prevenzione da sessismo e violenza;
- Informare i pazienti sui protocolli, spesso percepiti come violenti, e avere un approccio compassionevole;
- Creare norme penali sulle violenze ginecologiche e ostetriche;
- Semplificare i meccanismi di denuncia interni ed esterni per renderli accessibili e assicurare protezione alle vittime;
- Informare e sensibilizzare per portare le vittime a riconoscere atti e rischio di violenze ginecologiche e ostetriche e per allertare l'opinione pubblica e realizzare una modifica delle pratiche;
- Promozione di uguaglianza di genere dall'infanzia e durante gli studi di medicina⁴⁶⁴.

Il rapporto si conclude con alcune riflessioni che spaziano dalla prevedibilità del fenomeno delle violenze ostetriche (prodotti di forma mentis e disprezzo nei confronti

⁴⁶¹ *Ivi*, 54-55.

⁴⁶² *Ivi*, 56.

⁴⁶³ *Ivi*, 60.

⁴⁶⁴ *Ivi*, 66-67, 69-73.

delle donne che testimoniano il desiderio di dominazione patriarcale sulle donne) al tabù che ancora oggi caratterizza le violenze volendole relegare alla sfera privata (in particolare quelle ginecologiche e ostetriche trattate come alcune dei tanti rischi del parto da accettare senza lamentarsi), per passare infine alle loro cause, cioè procedure tecniche e abituali che diventano meccaniche e autonome e si privano della dovuta compassione⁴⁶⁵.

3. Risoluzione del Parlamento europeo sulla situazione della salute sessuale e riproduttiva e relativi diritti nel quadro comunitario del 2021

La recentissima risoluzione del Parlamento europeo datata 24 giugno 2021, *Risoluzione del Parlamento europeo del 24 giugno 2021 sulla situazione della salute sessuale e riproduttiva e relativi diritti nell'UE, nel quadro della salute delle donne*, tratta dettagliatamente – è forse il documento più completo, considerato anche l'anno di redazione e il riferimento a precedenti strumenti internazionali e non – i temi della salute sessuale e riproduttiva e relativi diritti comunitari in relazione alle donne⁴⁶⁶.

Chiaramente legata alla sessualità, considerata parte integrante dell'esistenza umana, la salute sessuale e riproduttiva è definita da questa risoluzione come uno stato di benessere fisico, emotivo, mentale e sociale, non solo nel senso di assenza di infermità, ma anche come accesso ai servizi sanitari e come libertà decisionale svincolata da discriminazioni, coercizioni e violenze⁴⁶⁷. Di conseguenza, i diritti connessi alla salute sessuale e riproduttiva vengono visti come essenziali per la dignità umana e strumentali per il raggiungimento della parità di genere e la lotta contro la violenza di genere⁴⁶⁸.

Per il Parlamento europeo viene sancito come fondamentale creare consenso e affrontare le sfide nei confronti della salute sessuale e riproduttiva e dei relativi diritti nel quadro dell'UE salvaguardando il diritto di tutte le persone a compiere scelte

⁴⁶⁵ *Ivi*, 63-64, 75.

⁴⁶⁶ Parlamento europeo, *Risoluzione del Parlamento europeo del 24 giugno 2021 sulla situazione della salute sessuale e riproduttiva e relativi diritti nell'UE, nel quadro della salute delle donne (2020/2215(INI))*, EU Doc. P9_TA(2021)0314 del 24 giugno 2021, pp. 1-6, https://www.europarl.europa.eu/doceo/document/TA-9-2021-0314_IT.html.

⁴⁶⁷ *Ivi*, ¶ A.

⁴⁶⁸ *Ivi*, ¶ C.

informate, all'integrità fisica e all'autonomia personale, all'uguaglianza e alla non discriminazione e promuovendo l'accesso universale e completo a servizi e mezzi in tale ambito, in quanto la salute sessuale e riproduttiva e i relativi diritti risultano essere fondamentali per la parità di genere e lo sviluppo economico e sono funzionali all'eliminazione della violenza di genere, del traffico umano e della povertà⁴⁶⁹. Per raggiungere questo obiettivo è necessario devolvere una porzione del bilancio statale ad assicurare tali servizi e mezzi alla popolazione integrandoli nel regime di copertura sanitaria o di sovvenzione e rimborso⁴⁷⁰.

Il documento prosegue con una dura critica al malevolo contributo degli oppositori dei diritti sessuali e riproduttivi che strumentalizzano ragioni quali l'interesse nazionale o le problematiche demografiche compromettendo tali diritti, contribuendo a limitare le libertà personali e i principi della democrazia e esercitando una significativa influenza sui processi legislativi e politici nazionali⁴⁷¹. Nonostante ciò, non si ferma lo sforzo comunitario per questa tematica con la creazione di un programma d'azione per il periodo 2021-2027 chiamato EU4Health per garantire accesso tempestivo ai prodotti (medicinali, contraccettivi e attrezzature mediche) per i servizi di salute sessuale e riproduttiva⁴⁷².

Il Parlamento europeo riconosce poi l'impatto negativo del Covid-19 sulla violenza di genere che si somma ai molteplici ostacoli di natura giuridica, finanziaria, culturale e informativa che minano le norme comunitarie, tra le più elevate al mondo, in materia di salute sessuale e riproduttiva e relativi diritti (che in quanto tali non possono che essere sempre prioritari anche nel caso di una crisi sanitaria)⁴⁷³. Tra gli ostacoli portati all'attenzione dall'assemblea di parlamentari ci sono:

- Mancanza di accesso a servizi di salute sessuale e riproduttiva universali, di alta qualità e a prezzi contenuti: questi servizi sono definiti essenziali nonostante attualmente molti Stati membri abbiano limitato il suddetto accesso attraverso l'imposizione di leggi restrittive che comportano discriminazioni di genere, peggiorano la salute sessuale delle donne e ostacolano l'accesso a

⁴⁶⁹ *Ivi*, ¶¶ 1, 3-4.

⁴⁷⁰ *Ivi*, ¶ 7.

⁴⁷¹ *Ivi*, ¶¶ X, Y.

⁴⁷² *Ivi*, ¶ AE.

⁴⁷³ *Ivi*, ¶¶ E, H-I, Z, 50.

contraccezione, aborto, esami per HIV e MST, screening per cancro dell'apparato riproduttore e assistenza materna rispettosa (frutto anche della strumentalizzazione dell'emergenza sanitaria utilizzata come pretesto per restringere ancora di più i diritti legati alla salute sessuale e riproduttiva)⁴⁷⁴;

- Mancanza di un'educazione sessuale globale adeguata all'età e basata su dati concreti: tale educazione risulta importante per la pianificazione familiare e la protezione da MST e gravidanze indesiderate (in linea con gli impegni assunti durante il 25° anniversario della Conferenza internazionale sulla popolazione e lo sviluppo, ICPD25⁴⁷⁵), questa purtroppo non tiene conto della diversità dell'orientamento sessuale, dell'identità di genere e della sua espressione e delle caratteristiche sessuali, non aiutando così a contrastare la disinformazione⁴⁷⁶;
- Mancanza di disponibilità di moderni metodi contraccettivi, anche di emergenza, per cause economiche e sociali (stigmi, miti e idee erranee) risolvibili garantendo accesso universale attraverso fornitura, teleconsulto e campagne di sensibilizzazione⁴⁷⁷;
- Limitazioni giuridiche (penalizzazione) e ostacoli pratici all'accesso a servizi per l'aborto: si tratta concretamente di limitazioni dei tempi e delle motivazioni ammissibili, periodi di attesa medicalmente ingiustificati, negazione di cure sulla base dell'obiezione di coscienza (che non dovrebbe mai interferire con il diritto del paziente di accedere all'assistenza sanitaria, non solo in caso di aborto ma anche di screening prenatale, poiché lede il diritto all'informazione e impedisce le giuste cure), costi sproporzionati non rimborsati, disinformazione deliberata, obbligo di autorizzazione di terzi, visite mediche inutili o richiesta di dimostrazione delle condizioni di sofferenza comportate dalla gravidanza, che hanno come conseguenza il dover ricorrere all'aborto clandestino (ponendo a repentaglio la vita della donna), ad ottenere quello legale all'estero o a portare a termine una gravidanza contro la propria volontà

⁴⁷⁴ *Ivi*, ¶¶ I, W, AA.

⁴⁷⁵ Impegni assunti durante il 25° anniversario della Conferenza internazionale sulla popolazione e lo sviluppo, ICPD25: zero bisogni insoddisfatti di pianificazione familiare, zero morti materne prevenibili e zero violenza di genere e pratiche dannose contro le donne.

⁴⁷⁶ *Ivi*, ¶¶ I, R, 25, 27, 29.

⁴⁷⁷ *Ivi*, ¶¶ I, 30, 32, 46.

(il divieto totale all'aborto, considerato procedura medica urgente, è una violazione del diritto alla vita, all'integrità, all'uguaglianza, alla non discriminazione e alla salute delle donne e forma di violenza di genere)⁴⁷⁸;

- Aborto e sterilizzazione forzata⁴⁷⁹;
- Violenza ginecologica e ostetrica: una forma di violenza di genere che si sviluppa come discriminazione trasversale, per cui viene richiesto di rafforzare le procedure che proteggono da trattamenti disumani e degradanti e che garantiscono il rispetto del previo consenso libero e informato e la tutela dell'integrità fisica, della libertà di scelta e dell'autodeterminazione in contesti sanitari, puntando anche e soprattutto sulla formazione medica su temi riguardanti diritti umani e consenso informato⁴⁸⁰;
- Mancanza di accesso a cure oncologiche, trattamenti per la fertilità e riproduzione medicalmente assistita e necessità di ampliare l'accesso al vaccino contro il papilloma virus umano (HPV): in particolare la patologia dell'infertilità (definita dall'OMS come incapacità di sviluppare uno stato di gravidanza dopo 12 mesi o più di rapporti sessuali non protetti) non tiene conto della situazione di persone lesbiche, bisessuali, transgender in relazioni omosessuali o donne sole che sono escluse dalla riproduzione medicalmente assistita per sfide sociali e giuridiche e per l'accento posto sull'impossibilità medica di concepire⁴⁸¹. A ciò si aggiunge anche il caso di uomini transgender e persone non binarie, discriminati nell'accesso a tali servizi sulla base della loro identità di genere⁴⁸².
- Difficoltà di accesso a prodotti per l'igiene mestruale universali, sicuri, equi e circolari: la "povertà mestruale" è legata a inaccessibilità a servizi idrici e igienico-sanitari (WASH), mancanza di prodotti mestruali (doveroso sensibilizzare sull'uso di quelli riutilizzabili e atossici), condizioni socioeconomiche aggravate dall'imposizione fiscale iniqua su tali prodotti (cosiddetta "*tampon tax*" da portare allo 0%) e stigmatizzazione e

⁴⁷⁸ *Ivi*, ¶¶ I, U-V, 34, 36-38, 47.

⁴⁷⁹ *Ivi*, ¶ I.

⁴⁸⁰ *Ivi*, ¶¶ I, AB, 16, 17, 42.

⁴⁸¹ *Ivi*, ¶¶ I, M, 15.

⁴⁸² *Ivi*, ¶ N.

discriminazione che si uniscono a vergogna e a dolore (questi ultimi spesso causa di abbandono scolastico e alti tassi di assenza scolastici e lavorativi), scarsa importanza data all'igiene nel prevenire morbilità, mortalità, infertilità, MST, HIV e cancro della cervice uterina⁴⁸³;

- Stereotipi di genere e pratiche dannose (mutilazioni genitali femminili e intersessuali, matrimoni precoci, forzati e infantili, delitti d'onore, terapie di conversione che possono assumere la forma di stupri collettivi nei confronti di persone lesbiche, bisessuali e transgender)⁴⁸⁴;
- Disposizioni giuridiche obsolete o di matrice ideologica che limitano salute sessuale e riproduttiva e relativi diritti⁴⁸⁵.

In conclusione, è doveroso citare alcuni elementi che denotano una grande apertura dell'Unione europea in materia di salute sessuale e riproduttiva come ad esempio l'accesso e il rimborso di trattamenti ormonali e chirurgia per persone transgender, la protezione delle persone intersessuali minori da trattamenti medici e chirurgici non necessari a tutela della loro integrità, autonomia, autodeterminazione e consenso informato, la protezione in caso di riconoscimento giuridico del genere dalla previa sterilizzazione a tutela della vita privata (*v. A.P. Garçon e Nicot c. Francia* della Corte europea dei diritti dell'uomo) invitando negli ultimi due casi ad adottare delle legislazioni ad hoc⁴⁸⁶.

Si segnala poi la necessità di prendere in considerazione l'influenza dei cambiamenti ambientali sulla salute sessuale e riproduttiva e relativi diritti (inquinamento idrico e atmosferico causato anche da sostanze chimiche) nonché il legame tra prostituzione e tratta degli esseri umani, soprattutto di minori e donne vulnerabili⁴⁸⁷.

Ancora si riconosce come la tutela della salute sessuale e riproduttiva debba svolgere un ruolo fondamentale all'interno degli aiuti umanitari alle persone bisognose, nelle regioni in stato di crisi o colpite dalle conseguenze del cambiamento climatico e in situazioni di conflitto o catastrofe naturale dove le donne sono maggiormente a rischio

⁴⁸³ *Ivi*, ¶¶ I, S, AH, 24-25.

⁴⁸⁴ *Ivi*, ¶ I.

⁴⁸⁵ *Ibidem*.

⁴⁸⁶ *Ivi*, ¶¶ 8, 19, 21.

⁴⁸⁷ *Ivi*, ¶¶ 22, 54.

di stupro e violenza sessuale, utilizzati come arma di guerra⁴⁸⁸.

Viene denunciato il rischio di mutilazione genitale per alcune ragazze europee in visita nel paese d'origine, invitando gli Stati membri a introdurre figure di reato specifiche sulle MGF per proteggere le vittime e perseguire tale reato a livello extraterritoriale⁴⁸⁹.

Si mette di nuovo in guardia rispetto a quanti strumentalizzano la salute sessuale e riproduttiva e i relativi diritti con il fine di minare i valori dell'Unione europea e i principi della democrazia⁴⁹⁰.

Infine, si invita la Commissione a istituire un inviato speciale dell'Unione europea per la salute sessuale e riproduttiva e i relativi diritti e a trattare in un capitolo aggiuntivo della relazione annuale sui diritti umani e la democrazia il tema della salute sessuale e riproduttiva e dei relativi diritti⁴⁹¹.

4. “Violenza ostetrica” nella Proposta di legge italiana sulla tutela dei diritti della partoriente e del neonato e sulla promozione del parto fisiologico del 2016

Risale all'11 marzo 2016 la proposta di legge del deputato Adriano Zaccagnini (all'epoca membro indipendente del gruppo misto Sinistra Ecologia Libertà, SEL) dal nome *Norme per la tutela dei diritti della partoriente e del neonato e per la promozione del parto fisiologico*.

Il contenuto della proposta prende spunto dalla dichiarazione del 2014 dell'OMS e, riferendosi tanto al parto ospedaliero che a quello extraospedaliero e domestico, si ricollega da subito al tema del nostro lavoro affermando che i maltrattamenti subiti durante il parto violano il diritto costituzionale alla salute delle donne e dei loro figli⁴⁹².

La scelta di tutelare anche il parto domestico avrebbe posto l'Italia, in caso di attuazione della norma, in una posizione controcorrente rispetto a quella di molti Paesi europei, membri dell'Unione europea e/o del Consiglio d'Europa, che hanno cercato e cercano di proibire il parto in casa assistito tendendo a indirizzare ancora più

⁴⁸⁸ *Ivi*, ¶¶ 60, 73.

⁴⁸⁹ *Ivi*, ¶ 63.

⁴⁹⁰ *Ivi*, ¶ 55.

⁴⁹¹ *Ivi*, ¶ 76.

⁴⁹² Camera dei Deputati della Repubblica italiana, *Norme per la tutela dei diritti della partoriente e del neonato e per la promozione del parto fisiologico*, Proposta di legge dell'11 marzo 2016, p. 1, <https://www.camera.it/dati/leg17/lavori/stampati/pdf/17PDL0039650.pdf>.

fortemente alla medicalizzazione di un processo invece naturale.

La problematica rappresentata dall'eccessiva medicalizzazione del parto è una realtà anche italiana. Risale al 2013 l'inchiesta condotta dall'ex Ministro della Salute Balduzzi che aveva riscontrato un alto numero di cesarei non basato su criteri di appropriatezza e di effettiva necessità, che di conseguenza avevano rappresentato prima di tutto una violazione del diritto alla salute della donna e in secondo luogo un onere finanziario per lo Stato⁴⁹³. Altre indagini dell'Istituto superiore di sanità hanno mostrato il preoccupante andamento proporzionale tra cesareo e mortalità materna: ciò rappresenta uno studio ancora più allarmante perché emerso in un periodo in cui si erano verificati dei casi di morti materne che avevano fortemente scosso l'opinione pubblica e che avevano fatto venire alla luce l'esigenza di un rimodernamento dell'assistenza sanitaria materna di tipo non emergenziale⁴⁹⁴.

Se per la proposta di legge nessun obiettivo di salute, individuale o collettivo, può essere raggiunto senza tutelare i diritti fondamentali della persona, diviene fondamentale promuovere il rispetto dei diritti della donna e ritenerla *soggetto* di cure e non mero oggetto passivo di trattamenti, spesso realizzati senza il coinvolgimento della stessa nei processi decisionali riguardanti il proprio corpo⁴⁹⁵. È qui che notiamo lo spostamento della figura della partoriente da "paziente" a "partecipante", fenomeno ampiamente sottolineato a livello internazionale. L'analisi del tema della "partecipazione" continua affermando che attualmente l'espressione del consenso viene limitata alla firma di moduli, sintomo di una prassi assistenziale che lede la dignità della partoriente e che è di per sé di dubbia appropriatezza⁴⁹⁶. Tutto ciò è contrario all'esperienza positiva del parto, non solo ricercata dalla donna come una delle più importanti della sua vita, ma anche controproducente per il suo stato di salute e per quello del bambino⁴⁹⁷. Tale esperienza positiva rafforza la salute psicofisica della madre e genera benefici per la salute del figlio, della sua famiglia e di tutta la popolazione di appartenenza⁴⁹⁸.

Ultimo aspetto da portare all'attenzione ed elemento di grande novità e progresso è il

⁴⁹³ *Ivi*, 2.

⁴⁹⁴ *Ibidem*.

⁴⁹⁵ *Ivi*, 1-2.

⁴⁹⁶ *Ivi*, 2.

⁴⁹⁷ *Ibidem*.

⁴⁹⁸ *Ibidem*.

riconoscimento del fenomeno della violenza ostetrica a cui viene dedicato un intero articolo di questa proposta di legge (art. 14). La violenza ostetrica è definita come appropriazione del corpo e del processo riproduttivo delle donne da parte del personale medico attraverso trattamenti disumani e degradanti e medicalizzazione di travaglio e parto provocando nella donna perdita di autonomia, della capacità di decidere liberamente del proprio corpo e della propria sessualità con conseguenze sulla qualità della vita⁴⁹⁹.

Il contenuto della proposta di legge può essere riassunto come segue, mettendone in evidenza gli aspetti innovativi rispetto ai precedenti testi di legge sudamericani che saranno analizzati nel capitolo successivo.

Articolo	Contenuto dell'articolo	Elementi innovativi
1 – Finalità	a) Promuovere il rispetto dei diritti fondamentali e della dignità di partoriente e neonato. b) Favorire il parto fisiologico e promuovere interventi appropriati per ridurre il ricorso al taglio cesareo, al parto vaginale operativo ⁵⁰⁰ e a tutte le pratiche lesive dell'integrità psicofisica delle donne (episiotomia, ventosa, forcipe, rottura artificiale delle membrane, manovra di Kristeller, induzione del travaglio e ogni altra pratica non espressamente consentita). c) Promuovere un'appropriata assistenza alla nascita. e) Promuovere un'assistenza ostetrica appropriata al parto fisiologico e al puerperio. f) Promuovere informazioni su libertà di scelta dei luoghi del parto (incluso quello extraospedaliero, in domicilio privato o altro o anche in case di maternità adiacenti o situate fuori dall'ospedale).	Riferimento al parto extraospedaliero, anche in domicilio privato (par. 1 lett. f).
2 – Diritti della partoriente e consenso informato, libero e consapevole	1. La partoriente è titolare dei diritti fondamentali della persona, in particolare: a) Diritto a ricevere informazioni sul proprio stato di salute e su quello del bambino; b) Diritto a ricevere	<ul style="list-style-type: none"> • Riferimento al diritto a ricevere sia informazioni in termini di luoghi sia assistenza in tutte le fasi per il parto extraospedaliero e quindi anche domestico (par. 1 lett. b). • Inserimento del diritto a richiedere un secondo parere medico in caso di interventi medici invasivi o

⁴⁹⁹ *Ibidem.*

⁵⁰⁰ Parto vaginale operativo: ricorso a forcipe o ventosa.

	<p>informazioni sui luoghi del parto e assistenza al parto, travaglio e puerperio anche in luoghi extraospedalieri;</p> <p>c) Diritto al piano parto con carattere vincolante per la struttura ospedaliera prescelta;</p> <p>d) Diritto a esprimere consenso o dissenso informato, libero e consapevole rispetto ai trattamenti medici e farmacologici (nessuno trattamento può essere somministrato senza consenso espresso e informato della donna);</p> <p>e) Diritto a ricevere un secondo parere medico prima di essere sottoposta a qualsiasi intervento medico invasivo o chirurgico;</p> <p>f) Diritto alla tutela della propria riservatezza;</p> <p>g) Diritto alla presenza di una o più persone a scelta, familiari o non;</p> <p>h) Diritto a ricevere visite dei familiari o di persone di fiducia nel periodo successivo al parto;</p> <p>i) Diritto al rispetto dei propri valori e della cultura di appartenenza.</p> <p>2. Il personale medico ha l'obbligo di informare la donna dei suoi diritti.</p>	<p>chirurgici (par. 1 lett. e).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inserimento del diritto a ricevere visite di familiari o amici successivamente al parto (par. 1 lett. h). • Inserimento (in un contesto culturalmente ed etnicamente rigido quale quello italiano) del diritto a veder rispettati i propri valori e la propria cultura di appartenenza (par. 1 lett. i).
<p>3 – Pratiche di assistenza al parto lesive della dignità e dell'integrità psicofisica della partorientente e del neonato</p>	<p>1. Sono vietate, fatte salvi i casi di assoluta e documentata necessità medica, le seguenti pratiche:</p> <p>a) Episiotomia;</p> <p>b) Ventosa o forcipe (estrazione forzata del neonato dal canale vaginale, di solito associati all'episiotomia);</p> <p>c) Rottura artificiale delle membrane (sacco amniotico);</p> <p>d) Manovra di Kristeller sia manuale che strumentale;</p> <p>e) Manovra di Valsalva⁵⁰¹</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Inserimento della manovra di Valsalva che porta le donne a non seguire il proprio bisogno di spingere potendo portare a gravi complicazioni per la salute del feto (par. 1 lett. e). • Obbligo del personale medico a comunicare inserendo nella cartella clinica della partorientente le manovre e le pratiche realizzate su donna e neonato (par. 2).

⁵⁰¹ Manovra di Valsalva: ordinare di spingere attraverso espirazione forzata con gola chiusa, ciò comporta una minore ossigenazione del feto con diminuzione del battito cardiaco e necessità di ricorrere a manovre più invasive.

	<p>(dare ordini alla donna su come e quanto spingere);</p> <p>f) Induzione farmacologica del travaglio;</p> <p>g) Ogni altra pratica lesiva dell'integrità psicofisica della donna.</p> <p>2. Si obbliga il personale medico e ostetrico a riportare correttamente nella cartella clinica della partoriente tutte le manovre e pratiche realizzate su donna e neonato, inclusi il periodo di clampaggio e il taglio del cordone ombelicale.</p> <p>3. Anche in caso di emergenza il dissenso espresso della donna deve essere rispettato.</p>	
4 – Taglio cesareo	<p>1. Il taglio cesareo è un intervento chirurgico invasivo e pericoloso che deve essere realizzato solo in caso di comprovati motivi di necessità clinica e previo consenso informato, libero e consapevole della partoriente.</p> <p>2. Le donne che hanno subito un taglio cesareo hanno diritto a un'adeguata assistenza nel post-operatorio. Abbandono e trascuratezza, nonostante non abbiano prodotto conseguenze dannose, sono punibili con una multa di 1000€, tranne se sussiste diritto al risarcimento del danno per lesioni personali.</p> <p>3. Con lo scopo di ridurre i tagli cesarei, le strutture e gli ospedali devono dotarsi di protocolli per la realizzazione del VBAC (parto vaginale dopo cesareo).</p> <p>5. Alla donna che fa richiesta di un taglio cesareo devono essere fornite informazioni su rischi e benefici, considerando la richiesta senza pregiudizi. La decisione è presa in accordo con il personale medico riportando le motivazioni nella cartella clinica e godendo del diritto al recesso fino a prima dell'inizio dell'intervento chirurgico.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Inserimento di un articolo sul taglio cesareo (art. 4) e di uno sulla nascita tramite taglio cesareo, consentita solo in caso di emergenza (art. 19). • Riconoscimento dell'invasività e della pericolosità del taglio cesareo che viene chiaramente definito come un intervento chirurgico (par. 1). • Introduzione di una sanzione pecuniaria per mancata assistenza post-operatoria in caso di taglio cesareo (par. 2). • Imposizione di protocolli per la realizzazione di parti vaginali successivamente a quelli cesarei, diversamente a quando effettuato di routine (par. 3).
5 – Divieto di accelerare o rallentare il processo del parto e del travaglio	<p>1. Induzione del travaglio solo il base a specifiche indicazioni mediche.</p> <p>2. Divieto di rottura artificiale delle membrane e induzione farmacologica del travaglio come pratiche routinarie.</p> <p>3. Per effettuare la rottura di</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Inserimento di un articolo specifico sulle pratiche di accelerazione o rallentamento di parto e travaglio (art. 5). • Indicazioni sul ricorso a pratiche come induzione farmacologica del travaglio e rottura delle membrane,

	membrane e l'induzione farmacologica del travaglio, la donna ha diritto di esprimere consenso o dissenso informato.	vietate in uso routinario, solo in caso di necessità medica e previo consenso della partoriente (parr. 1-3).
6 – Rispetto della dignità della donna	<ol style="list-style-type: none"> 1. La donna deve essere trattata con rispetto e dignità e ha diritto a un'esperienza positiva del parto e della nascita e a mantenere la propria integrità psicofisica. 2. È vietato rivolgere alla donna espressioni umilianti o degradanti (lesive della dignità personale e pericolose per il parto). 3. È vietato esprimere commenti o apprezzamenti sconvenienti sul corpo della donna. 4. La donna ha diritto a rifiutare la rasatura del pube e il clistere prima del parto in quanto trattamenti degradanti e privi di giustificazione medica. 5. È vietato somministrare farmaci se non per casi specifici e senza consenso informato della donna. 6. È vietato il monitoraggio elettronico fetale prolungato se non per casi specifici. 7. È vietato costringere la donna ad assumere la posizione supina durante travaglio e parto. 8. La donna ha diritto a camminare durante il travaglio, a scegliere la posizione più adatta a lei durante il parto e a mangiare e bere durante il travaglio. 	<ul style="list-style-type: none"> • Riferimento all'esperienza positiva del parto (par. 1). • Riferimento al divieto della pratica del <i>bodyshaming</i> o di commenti sessisti sul corpo della partoriente (par. 3). • Inserimento del diritto a rifiutare la rasatura del pube e del clistere, quali trattamenti degradanti (par. 4). • Riconoscimento del divieto al monitoraggio elettronico del feto, se non per casi specifici (par. 6).
7 – Cartella clinica della partoriente	<ol style="list-style-type: none"> 1. La cartella clinica della partoriente deve essere compilata con diligenza e correttezza. La donna ha diritto a ricevere una copia conforme all'originale al momento delle dimissioni e ha diritto a consultare l'originale durante la degenza. Limitazione o ostacolo al diritto all'accesso alla cartella clinica è punibile con una multa di 1000€, salvo diritto al risarcimento dei danni. 	<ul style="list-style-type: none"> • Inserimento di un articolo riguardante la cartella clinica (art. 7). • Inserimento del diritto a consultare la propria cartella clinica durante la degenza e a ottenerne una copia al momento delle dimissioni, prevedendo una sanzione pecuniaria per chi ne ostacola o limita l'accesso (par. 1).
8 – Parto fisiologico	<ol style="list-style-type: none"> 1. Il parto fisiologico è la modalità spontanea di evoluzione dei tempi e dei ritmi della nascita senza interventi esterni volti a modificare, accelerare o rallentare il processo del parto. 2. Modalità assistenziali del parto fisiologico secondo l'OMS: <ol style="list-style-type: none"> a) Pieno rispetto delle esigenze biologiche e fisiologiche di donna e 	Inserimento della definizione di "parto fisiologico" (par. 1).

	<p>nascituro;</p> <p>b) Promozione di tecniche e metodi non farmacologici e farmacologici per la gestione del dolore durante il travaglio, il parto e il puerperio;</p> <p>c) Ambiente confortevole e rispetto dell'intimità;</p> <p>d) Possibilità di presenza di un medico, di un'ostetrica e di una persona di fiducia;</p> <p>e) Promozione dell'allattamento al seno immediatamente dopo la nascita e nei primi mesi di vita.</p> <p>3. Durante la permanenza in sala parto e la degenza madre e figlio non devono essere separati. È consentita la permanenza del padre o di un'altra persona a scelta della donna.</p>	
9 – Luoghi per il parto fisiologico	<p>1. Per vivere il travaglio e il parto in contesto umanizzato e sicuro, il parto fisiologico può svolgersi:</p> <p>a) In strutture sanitarie pubbliche o private accreditate o autorizzate;</p> <p>b) In case di maternità extraospedaliere o intraospedaliere;</p> <p>c) Presso il domicilio della donna o un luogo da lei indicato.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Inserimento di un articolo sui luoghi per il parto fisiologico (art. 9). • Riconoscimento della possibilità di partorire al di fuori dell'ospedale e in particolare presso il domicilio privato della donna, "parto in casa" (par. 1 lett. b-c).
10 – Servizio di trasporto materno e neonatale	<p>1. In casi di gravità, segnalati dal personale sanitario, il trasporto assistito deve essere effettuato da personale con competenze specifiche mediante servizio di trasporto d'emergenza (afferenti a strutture assistenziali di I e II livello) con un'unità mobile attrezzata per cure intensive da prestare in caso di trasferimento.</p> <p>2. Case di maternità, ostetriche libere professioniste e ospedali devono dotarsi di protocolli condivisi e costantemente aggiornati per il tempestivo trasferimento e ricovero di madre e bambino in strutture assistenziali di II e III livello.</p>	Inserimento di un articolo sul servizio di trasporto, anche emergenziale, materno e neonatale (art. 10).
12 – Divieto di prestazione intramoenia per	<p>1. Divieto di prestazione intramoenia per l'assistenza al parto fisiologico o cesareo. Qualsiasi contratto di questo tipo è nullo e comporta la restituzione delle somme versate e</p>	Introduzione del divieto alla prestazione intramoenia per l'assistenza al parto (art. 12).

<p>l'assistenza al parto fisiologico o mediante taglio cesareo</p>	<p>il risarcimento del danno.</p> <p>2. L'assistenza al parto e alla nascita è garantita dal Servizio sanitario nazionale senza alcun onere economico a carico della donna.</p>	
<p>13 – Risarcimento del danno in sede civile</p>	<p>1. Per il danno biologico, morale ed esistenziale cagionato alla donna e alla sua famiglia come conseguenza di assistenza inappropriata, negligente, imprudente, imperita e lesiva dei diritti fondamentali viene corrisposto un risarcimento.</p> <p>2. Per lesioni all'integrità psicofisica cagionate durante l'assistenza al parto si applicano le tabelle del danno biologico in uso presso il tribunale di Milano aumentate del 50%:</p> <p>3. Danni all'utero: non inferiore a 200000€.</p> <p>4. Perdita o asportazione dell'utero in età fertile: non inferiore a 400000€.</p> <p>5. Obbliga gli operatori e la struttura sanitaria che hanno provocato lesioni gravi o decesso di madre o neonato a sostenere a proprie spese la pubblicazione della notizia su due quotidiani nazionali.</p> <p>6. Danni a organi genitali interni o esterni: non inferiore a 100000€, fatto salvo maggior danno.</p> <p>7. Danni a zona anale o perineale: non inferiore a 100000€, fatto salvo maggior danno.</p> <p>8. Si prevede un provvedimento disciplinare per medici e ostetriche comunicando all'ordine dei medici e degli odontoiatri e al Collegio delle ostetriche la sentenza di condanna da parte dell'organo giudicante per lesioni gravi o decesso di madre o nascituro.</p> <p>9. Danno morale (anche in assenza di quello biologico) per violazioni dei diritti fondamentali di donna, neonato o padre.</p> <p>10. Danno non patrimoniale riconosciuto ai componenti del nucleo familiare (familiare unito o meno dal vincolo matrimoniale): non inferiore a 3000€.</p> <p>11. L'azione risarcitoria in sede civile si prescrive in 10 anni tenuto conto della natura contrattuale del rapporto con medico, ostetrica o struttura sanitaria.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Previsione di sanzioni pecuniarie (danno biologico aumentato del 50%) per il risarcimento in sola sede civile per danni, perdita o asportazione dell'utero, danni agli organi genitali interni o esterni, danni alla zona anale o perineale (parr. 3-4, 6-7). • Previsione dell'obbligo di pubblicazione della notizia delle lesioni o della morte della madre o del neonato su due quotidiani a tiratura nazionale a spese degli autori del danno (par. 5). • Previsione di un provvedimento disciplinare da parte dell'Ordine dei medici sulla base della condanna per lesioni gravi o decesso di madre o nascituro (par. 8). • Tutela dei diritti fondamentali del padre attraverso risarcimento del danno morale (par. 9). • Risarcimento del danno non patrimoniale ai componenti del nucleo familiare (par. 10).

	12. L'onore probatorio della corretta e appropriata assistenza medica è posto a carico del medico, dell'ostetrica e della struttura sanitaria.	
14 – Atti di violenza ostetrica	<ol style="list-style-type: none"> 1. Per violenza ostetrica si intendono azioni o omissioni realizzate dal personale medico, ostetrico o paramedico volte a espropriare la donna della sua autonomia e della sua dignità durante il parto. 2. Sono atti di violenza ostetrica: <ol style="list-style-type: none"> a) Negare 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 immediato del neonato con la madre senza giustificazione medica; d) Ostacolare o impedire il processo fisiologico del parto usando tecniche di accelerazione senza consenso espresso, libero, informato e consapevole; e) Praticare il taglio cesareo in assenza di necessità medica e senza consenso espresso, libero, informato e consapevole; f) Esporre il corpo della donna violando la sua dignità personale; 3. I responsabili di tali atti sono punibili con la reclusione da 2 a 4 anni, salvo che il fatto costituisca grave reato. 	Previsione di reclusione dai 2 ai 4 anni per chi compie gli atti indicati ai paragrafi 1 e 2 qualificabili come violenza ostetrica, salvo che gli atti compiuti non costituiscano un reato grave (par. 3).
15 – Diritti del neonato	<ol style="list-style-type: none"> 1. Il neonato è una persona e deve essere trattato con rispetto e dignità. 2. Il neonato ha diritto alla nascita fisiologica. 3. Il neonato ha diritto a restare con la madre se le condizioni di entrambi lo consentono. Nessun processo di osservazione del neonato può giustificare la sua separazione dalla madre. 4. Il neonato ha diritto al contatto immediato con la madre e all'allattamento al seno subito dopo la nascita. 5. Il neonato ha diritto a ricevere 	<ul style="list-style-type: none"> • Riconoscimento nella persona del neonato del diritto al parto fisiologico e naturale e non più della sola madre (par. 2). • Riconoscimento del possesso da parte del neonato del sangue della placenta e del cordone ombelicale (par. 5). • Previsioni su recisione e procedure mediche di rianimazioni legate al cordone ombelicale (parr. 6-7).

	<p>sangue dalla placenta e dal cordone ombelicale in quanto entrambi di sua appartenenza.</p> <p>6. È vietato recidere il cordone ombelicale prima che abbia cessato di pulsare e prima dei 3 minuti successivi alla nascita. La recisione può essere ulteriormente ritardata su richiesta della madre.</p> <p>7. Le procedure di rianimazione possono essere effettuate con cordone ombelicale intatto quando concorrono le condizioni mediche.</p>	
16 – Nascita lotus ⁵⁰²	1. Se viene fatta richiesta, le strutture sanitarie devono dotarsi di protocolli per garantire la nascita lotus.	Inserimento della possibilità di richiedere la nascita lotus e dell'obbligo per gli ospedali di garantirla attraverso protocolli (art. 16).
17 – Divieto di donazione del sangue del cordone ombelicale	1. Il sangue del cordone ombelicale deve essere prima di tutto trasfuso al neonato e in un secondo momento e previo consenso dei genitori può essere donato il restante per ragioni solidaristiche.	Inserimento di un obbligo di trasfusione del sangue del cordone ombelicale al feto, suo proprietario (art. 15 par. 5), e possibilità di donazione del restante (art. 17).
18 – Allattamento al seno	<p>1. L'allattamento al seno è diritto del neonato.</p> <p>2. L'allattamento al seno è diritto del neonato anche in sala parto. In caso di rifiuto della madre la motivazione deve essere riportata nella cartella clinica neonatale (art. 20) dovendo poi aiutare la madre a provvedere al nutrimento del neonato in maniera sostitutiva.</p> <p>3. La somministrazione di latte artificiale può essere effettuata solo informando preventivamente i genitori.</p>	Riconoscimento dell'allattamento al seno come diritto del neonato (parr. 1-2).
20 – Cartella clinica neonatale	1. Per ogni nato vivo si compila una cartella clinica personale contenente informazioni riguardanti gravidanza, parto, andamento neonatale, tempi di clampaggio del cordone ombelicale e avvio all'allattamento.	Inserimento dell'obbligo di realizzare una cartella clinica per il neonato con informazioni su tutte le fasi che vanno dalla gestazione al primo allattamento (art. 20).
21 – Controlli post-natali	<p>1. Il controllo dei parametri vitali deve avvenire senza essere allontanati dalla madre.</p> <p>2. Se il neonato necessita cure speciali che determinano il temporaneo distacco dalla madre, deve essere assicurata la permanenza della stessa in spazi contigui e adeguati, anche in caso di degenza in terapia intensiva neonatale.</p>	Inserimento di un articolo che disciplina i controlli post-natali (art. 21) che non devono portare alla separazione dalla madre (par. 1) o che, in caso di cure mediche, devono prevedere la vicinanza della madre (par. 2) o di altro familiare a cui sono offerti servizi di pernottamento e vitto a carico dell'azienda sanitaria (par. 3).

⁵⁰² Nascita *lotus*: mancata recisione del cordone ombelicale dopo la nascita che permette al neonato di rimanere collegato alla placenta fino al suo distacco.

	3. Per il periodo di ospedalizzazione del neonato la madre o altro familiare in sua vece usufruisce di servizi di pernottamento e di vitto a carico dell'azienda sanitaria.	
--	---	--

Capitolo III

La risposta legale latinoamericana alla violenza ginecologia e ostetrica

SOMMARIO: 1. Situazione legislativa in materia di violenza ginecologica e ostetrica nell'ambito dell'Organizzazione degli Stati Americani. – 1.1. Uruguay. – 1.2. Argentina. – 1.2.1. Protocollo d'intervento argentino per i casi di violenza ginecologica e ostetrica. – 1.2.2. Violenza ginecologica e ostetrica nei confronti delle detenute argentine. – 1.2.3. *Case Study: Petrella c. Argentina* (2014). – 1.3. Ecuador. – 1.4. Porto Rico. – 1.5. Venezuela. – 1.6. Bolivia. – 1.7. Panama. – 1.8. Messico. – 1.9. Cile. – 1.9.1. *Case Study: Cayuhán c. Cile* (2016).

1. Situazione legislativa in materia di violenza ginecologica e ostetrica nell'ambito dell'Organizzazione degli Stati Americani

La pressione sul tema della violenza ostetrica da parte di femministe, organizzazioni internazionali e regionali, sanitari, sindacati e ricercatori, che la vedono legata a discriminazione di genere e malasanità, ha generato una risposta legale in molti dei paesi dell'America del sud⁵⁰³.

Le prime leggi sul diritto a essere accompagnate durante il parto risalgono al 2001 per l'Uruguay e al 2003 per l'Argentina. L'Argentina ha poi realizzato nel 2009 una legge riguardante la violenza ostetrica, mentre in Uruguay questa risale solo al 2017.

Il primo Paese sudamericano a dotarsi di una legge che criminalizza la violenza ostetrica è stato il Venezuela nel 2007 con l'obiettivo di far progredire il quadro di tutela dedicato alla donna libera da violenza⁵⁰⁴. La successiva legge argentina risulta, come vedremo, più dettagliata e tutelante di quella venezuelana, mentre quella boliviana del 2013 non parla esplicitamente di violenza ostetrica ma di “violenza contro i diritti riproduttivi” e amplia, più di Venezuela e Argentina, l'ambito di

⁵⁰³ C. WILLIAMS, C. JEREZ, K. KLEIN, M. CORREA, J. BELIZÁN, G. CORMICK, “Obstetric violence: A Latin American legal response to mistreatment during childbirth”, in *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 125(7)/2018, p. 3, https://www.researchgate.net/publication/324958987_Obstetric_violence_A_Latin_American_legal_response_to_mistreatment_during_childbirth.

⁵⁰⁴ *Ivi*, 3-4.

applicazione della legge includendo anche i maltrattamenti nel contesto dell'allattamento e dell'aborto spontaneo e non dei soli casi di travaglio, parto e post-parto.

A livello regionale, risale al 1994 la *Convenzione di Belém do Pará* o *Convenzione inter-americana sulla prevenzione, punizione e sradicamento della violenza contro le donne* dell'Organizzazione degli Stati Americani (OSA), strumento sovranazionale latinoamericano che contiene una serie di disposizioni in materia di diritti umani con riferimento alla violenza contro le donne e con applicazione al caso della violenza ginecologica e ostetrica. La *Convenzione* al primo articolo definisce la “violenza contro le donne” come qualsiasi atto o condotta basata sul genere che causi morte, danno o sofferenza fisica, sessuale o psicologica alla donna sia in ambito pubblico che in ambito privato⁵⁰⁵. I diritti che nel primo capitolo abbiamo individuato come rientranti nella categoria di diritti sessuali e riproduttivi sono citati all'interno degli articoli 4 e 6 della *Convenzione*: diritto al rispetto della vita (art. 4(a)), diritto al rispetto dell'integrità fisica, psichica e morale (art. 4(b)), diritto alla libertà e alla sicurezza personale (art. 4(c)), diritto a non essere sottomessa a torture (art. 4(d)), diritto al rispetto della dignità inerente alla persona e alla protezione della famiglia (art. 4(e)), libertà da ogni forma di discriminazione (art. 6(a)) e libertà da ruoli stereotipati di comportamento o pratiche sociali e culturali basate su concetti di inferiorità o subordinazione (art. 6(b)). Il divieto di discriminazione è inoltre approfondito nell'articolo 9 dove vengono elencati i caratteristici elementi di vulnerabilità che favoriscono forme di violenza contro le donne: razza, etnia, status migratorio, status di rifugiato, stato di gravidanza, condizione di disadattamento, età (minore o anziana), situazione socio-economica sfavorevole, conflitto armato e privazione di libertà. Tutte queste caratteristiche e situazioni, abbiamo già visto, sono proprio quelle che favoriscono comportamenti dannosi in ambito di salute sessuale e riproduttiva.

L'implementazione della *Convezione* appena citata richiede un processo di valutazione continuo e indipendente che viene fornito dal *Meccanismo di follow-up della*

⁵⁰⁵ Organizzazione degli Stati Americani, *Convenzione inter-americana sulla prevenzione, punizione e sradicamento della violenza contro le donne (Convenzione Belém do Pará)* del 9 giugno 1994, art. 1.

Convenzione di Belém do Pará (MESECVI). All'interno del suo *Primer Informe Hemisférico sobre la Implementación de la Convención de Belém do Pará* del luglio 2008 si accenna ai diritti sessuali e riproduttivi e alle loro gravi violazioni (sterilizzazione forzata, mortalità e morbilità) facendo riferimento alle categorie di donne più vulnerabili (povere, giovani, provenienti da zone rurali) per le quali l'accesso all'assistenza sanitaria rappresenta un grave problema, che spesso le spinge a ricorrere a pratiche insalubri e pericolose⁵⁰⁶.

Invece, nel suo *Second Hemispheric Report on the Implementation of the Belém do Pará Convention* dell'aprile 2012, oltre i temi di aborto e inseminazione artificiale senza consenso, viene trattata la sterilizzazione forzata a proposito della quale viene ricordato che secondo lo *Statuto di Roma* può essere considerata come atto che conduce al genocidio se incluso nella causale "mezzi destinati a impedire la nascita all'interno di un gruppo" (art. 9), crimine di guerra (art. 7) o crimine contro l'umanità (art. 8), questi ultimi essendo imprescrittibili possono essere giudicati in qualsiasi momento⁵⁰⁷. In più, la sterilizzazione forzata costituisce una violazione del diritto alla vita e del diritto all'integrità fisica, psicologica e morale delle donne⁵⁰⁸.

Questa pratica si basa sullo stereotipo di genere che considera le donne vulnerabili incapaci di prendere decisioni autonome sulla propria salute⁵⁰⁹.

Nel concludere questo breve excursus regionale ricordiamo che nel 2000 in Brasile si tenne la *Primera Conferencia Internacional para la Humanización del Nacimiento* promotrice della *Red Latinoamericana y del Caribe para la Humanización del Parto y del Nacimiento* (RELACAHUPAN), a partire dall'incontro di attiviste, ricercatori e professionisti della salute in risposta all'alto tasso di medicalizzazione e al crescente riconoscimento di abusi durante il parto⁵¹⁰.

⁵⁰⁶ Commissione interamericana delle donne, Meccanismo di Follow-up della Convenzione di Belém do Pará (MESECVI), *Primer Informe Hemisférico sobre la Implementación de la Convención de Belém do Pará* del luglio 2008, p. 17, <https://www.oas.org/es/mesecvi/docs/InformeHemisferico2008-SP.pdf>.

⁵⁰⁷ Commissione interamericana delle donne, Meccanismo di Follow-up della Convenzione di Belém do Pará (MESECVI), *Second Hemispheric Report on the Implementation of the Belém do Pará Convention* dell'aprile 2012, pp. 40-44, <https://www.oas.org/en/mesecvi/docs/mesecvi-segundoinformehemisferico-en.pdf>.

⁵⁰⁸ *Ivi*, 44.

⁵⁰⁹ *Ibidem*.

⁵¹⁰ E. JENKINS, *Parir en oscuridad. Violencia obstétrica: Una violación a los derechos humanos de las mujeres*, p. 2.

1.1. Uruguay

L'Uruguay, come già visto, è stato il primo Paese latinoamericano a dotarsi nel 2001 di una legge che riconoscesse il diritto a essere accompagnata durante il travaglio e il parto. La Legge n. 17.386 (2001), *Ley de acompañamiento a la mujer en el parto, parto y nacimiento*⁵¹¹, riporta all'articolo 1 il suddetto diritto specificando che la donna deve poter scegliere una persona di fiducia e in sua assenza, a sua libera scelta, può essere accompagnata da una specificatamente formata a darle assistenza emotiva. Nei successivi articoli ritroviamo due ulteriori obblighi: l'obbligo di tutti i centri di informare la partoriente di tale diritto (art. 2) e l'applicazione di tale diritto in ambito sia pubblico che privato (art. 3).

Nel 2008 viene promulgata la prima legge nazionale che tutela la salute sessuale e riproduttiva, si tratta della Legge n. 18.426, *Defensa del Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva*⁵¹². All'articolo 1 si citano i diritti sessuali e riproduttivi, mentre all'interno del paragrafo (c) dell'articolo 3 viene citato il “*parto humanizado*”, un concetto che troveremo tutelato nella maggior parte delle legislazioni latinoamericane. La promozione del parto “umanizzato” avviene garantendo alcuni aspetti di tale processo: intimità e privacy, rispetto dei tempi biologici e psicologici, rispetto delle norme culturali, ruolo da protagonista durante il processo del parto riservato alla donna e assenza di pratiche invasive o di somministrazione di medicinali non giustificati. Come abbiamo avuto modo di osservare, negare tutti questi aspetti durante travaglio e parto incorre nella commissione o omissione di atti che fino ad ora abbiamo definito come violenza ginecologica e ostetrica. Purtroppo, non solo la Legge n. 18426 non cita la violenza ginecologica e ostetrica (il cui riconoscimento giuridico avverrà solo nel 2017), ma non prevede sanzioni per il mancato rispetto di quanto previsto dall'articolo 3(c).

L'articolo 4(c) invece viene dedicato al diritto all'informazione nei termini di

⁵¹¹ Asamblea General de la República Oriental del Uruguay, *Dispone que toda mujer durante el tiempo que dura el trabajo de parto, incluyendo el momento del nacimiento tendrá derecho a estar acompañada de una persona de su confianza o en su defecto, a su libre elección de una especialmente entrenada para darle apoyo emocional*, Legge n. 17.386 del 23 agosto 2001, <https://www.ilo.org/dyn/travail/docs/396/Act%2017386%20of%2023%20August%202001.pdf>.

⁵¹² Asamblea General de la República Oriental del Uruguay, *Defensa del derecho a la salud sexual y reproductiva*, Legge n. 18.426 del 1° dicembre 2008, https://www.mysu.org.uy/wp-content/uploads/2014/11/Ley_No_18-426-DSSRR.pdf.

consentire alla donna di scegliere tra diversi interventi medici nel momento in cui esistono delle alternative. L'articolo 4 prosegue al paragrafo (e) con il diritto all'autonomia decisionale sulla questione di *number* e *timing* dei figli.

L'articolo 7 si occupa infine di rafforzare l'accesso a informazioni e ai servizi sanitari da parte di bambini e adolescenti con riferimento alla salute sessuale e riproduttiva.

Un'ultima legge da citare è la n. 19.580, *Violencia hacia las mujeres basada en género*, del 2017⁵¹³. Gli elementi di novità di questa legge sono già visibili nel primo articolo con un'apertura nei confronti delle “*mujeres trans*” e di quelle di diverso orientamento sessuale e nell'articolo 6 con il riconoscimento, tra ben 18 forme di violenza, della “violenza ostetrica”.

Se l'articolo 4 inquadra in generale la violenza di genere come “[f]orma de discriminación que afecta, directa o indirectamente, la vida, libertad, dignidad, integridad física, psicológica, sexual, económica o patrimonial, así como la seguridad personal de las mujeres” attraverso “toda conducta, acción u omisión, en el ámbito público o el privado que, sustentada en una relación desigual de poder en base al género, tenga como objeto o resultado menoscabar o anular el reconocimiento, goce o ejercicio de los derechos humanos o las libertades fundamentales de las mujeres”, l'articolo 7 determina i diritti delle donne vittime di violenza, tra cui: dignità, intimità, autonomia e non discriminazione al paragrafo (A) e rispetto dei diritti sessuali e riproduttivi come sanciti dalla Legge n. 18.426 al paragrafo (I).

Infine e finalmente arriviamo all'analisi dell'articolo 6. Tra le 18 forme di violenza contro le donne, troviamo al paragrafo (H) la “violenza ostetrica”. Per la legge uruguaiana la violenza ostetrica si realizza attraverso tutte le azioni, omissioni, modelli di condotta del personale sanitario o abuso di tecniche e procedimenti invasivi messi in pratica durante i processi riproduttivi della donna che danneggiano la sua autonomia a decidere liberamente del suo corpo. Purtroppo nel capitolo VI del testo di legge non viene fatto alcun riferimento a specifiche pene legate alla violenza ostetrica.

⁵¹³ Asamblea General de la República Oriental del Uruguay, *Violencia hacia las mujeres, basada en género*, Legge n. 19.580 del 1° dicembre 2017, https://oig.cepal.org/sites/default/files/2018_ury_ley19580.pdf.

1.2. Argentina

Il Ministero della Salute argentino nel 2003 realizza con la Risoluzione n. 647/2003 la *Guía para la Atención del Parto Normal en Maternidades Centradas en la Familia*. Il contenuto di questa guida si concentra sulla necessità di prevenire danni a madri e neonati causati da pratiche non necessarie e inutili, sottolineando una serie di condizioni e strumenti da assicurare alla partoriente come: sicurezza e comfort, trattamenti medicalizzati per la gestione del dolore, libertà di movimento e scelta della posizione, libertà di mangiare e bere (per alleviare il dolore e per contrastare l'idea che il parto sia un processo medico in cui la donna non partecipa), evitare esami vaginali o rettali quando non strettamente necessari (potendo essere causa di infezioni) ed evitare il ricorso all'episiotomia (soprattutto senza anestesia)⁵¹⁴.

Nel 2011 seguiranno altre linee guida ministeriali che apporteranno alla regolamentazione prodotta nel frattempo una prospettiva di tipo interculturale indirizzata soprattutto alla protezione delle donne indigene attraverso: assistenza bilingue e interculturale, non discriminazione (per età, razza o condizione socio-economica), rispetto della privacy (inteso come spazio fisico nel senso di collocazione in stanze o di uso di tende, come divieto di "chiacchiere informali" tra i medici di fronte alla paziente e come presenza di personale femminile e accompagnatori) e informazioni (permettere un controllo da parte della donna sui trattamenti che riceve esercitando la sua autonomia decisionale)⁵¹⁵.

Le linee guida sono state incorporate a diversi livelli e in maniera più o meno completa (rimangono ancora degli importanti *gap* di applicazione) a livello sanitario⁵¹⁶.

In particolare, le prime linee guida del 2003 sono state incorporate l'anno successivo nella Legge n. 25.929, costituendone quest'ultima l'effetto legale.

La Legge n. 25.929 del 2004 dal nome *Parto humanizado*⁵¹⁷ applicata in ambito pubblico e privato (art. 1) sancisce una serie di diritti per la donna incinta, in travaglio,

⁵¹⁴ C. A. HERRERA VACAFLOR, *Obstetric Violence in Argentina: a Study on the Legal Effects of Medical Guidelines and Statutory Obligations for Improving the Quality of Maternal Health*, pp. 16-19.

⁵¹⁵ *Ivi*, 21-23.

⁵¹⁶ *Ivi*, 24, 26-29.

⁵¹⁷ Segreteria di Diritti Umani e Pluralismo Culturale, *Parto humanizado*, Legge n. 25.929 di marzo 2018,

https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/ley_25929_parto_humanizado_decreto_web_0.pdf.

partoriente o in fase di post-parto (art. 2): essere informata sui trattamenti medici che potrebbero essere praticati permettendole di scegliere liberamente quando esiste alternativa; essere trattata con rispetto e garantire intimità e rispetto dei precetti culturali; essere considerata sana e protagonista del parto; realizzare il parto naturale nel rispetto dei tempi biologici e fisiologici senza il ricorso a pratiche invasive o somministrazione di medicinali non giustificati dallo stato di salute di madre e figlio; ricevere informazioni su evoluzione del parto, stato di salute del figlio, azioni dei sanitari, beneficio dell'allattamento, consigli per la propria cura e quella del figlio e sugli effetti avversi di tabacco, alcool e droghe per la propria salute e quella del figlio; non essere sottoposta a esame o intervento con fine investigativo senza consenso scritto approvato dal Comitato di Bioetica, essere accompagnata in ogni fase da una persona di propria scelta; avere accanto il figlio durante la permanenza nello stabilimento medico, sempre che il neonato non necessiti di cure speciali.

L'articolo 3 si occupa dei diritti del neonato (trattarlo con rispetto e dignità, non sottoporlo a esami con il fine di investigazione senza consenso scritto dei genitori/tutori legali, trattenerlo per un periodo più breve possibile congiuntamente con la madre), mentre l'articolo 4 tratta dei diritti del padre e della madre in relazione a situazioni di rischio per il neonato.

L'articolo 6 tratta dell'inottemperanza da parte dei sanitari come infrazione grave avente conseguenze sanzionatorie a livello amministrativo con valutazione della gravità a discrezione delle autorità.

In più, troviamo all'articolo 2 dell'Annesso 1 (Regolamentazione della Legge n. 25929) il diritto della donna a scegliere in maniera informata e con libertà il luogo e la forma del parto (intesi come deambulazione, posizione, anestesia e accompagnamento) e il diritto a non essere discriminata per cultura, etnia, religione, livello socio-economico, preferenze o altre scelte.

Nel 2009 viene emanata la Legge n. 26.485, *Ley de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales*⁵¹⁸. All'interno dell'articolo 3, nel quale si

⁵¹⁸ Ministero di Giustizia e Diritti Umani della Repubblica Argentina, *Ley de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales*, Legge n. 26.485 dell'11 marzo 2009,

elencano i diritti riconosciuti delle donne, troviamo al paragrafo (e) il rispetto della vita riproduttiva in termini di *number e spacing* delle gravidanze. L'articolo 6, che si occupa delle modalità di violenza contro le donne, ci presenta al paragrafo (d) la violenza contro la libertà riproduttiva intesa come quella che “*vulner el derecho de las mujeres a decidir libre y responsablemente el número de embarazos o el intervalo entre los nacimientos*” (su *number e spacing* delle gravidanze) ed (e) la violenza ostetrica, cioè quella che “*ejerce el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales*”.

Tuttavia per il Secondo Report del MESECVI, l'Argentina all'interno di questa sua legge non indica i mezzi adatti per implementare il divieto della violenza ostetrica, ad esempio attraverso sanzioni nel Codice penale o predisposizioni nella Legge Generale della Salute.⁵¹⁹

L'anno seguente con il Decreto esecutivo n. 1011/2010 (Regolamento della Legge n. 26.485) vengono chiariti alcuni passaggi chiave della Legge n. 26.485. Viene ad esempio chiarito che con “trattamento disumano” si intende un trattamento crudele, irrispettoso, disqualificante, umiliante o minaccioso (art. 6 lett. e)⁵²⁰. Troviamo poi anche la definizione di “personale medico” ma manca quello di “abuso di medicalizzazione”, che viene però inteso come prescrizione ingiustificata (dallo stato di salute di madre e figlio) di medicinali, mancando a sua volta un'indicazione sulla corretta somministrazione di questi⁵²¹. Manca inoltre un chiarimento sul concetto di “trasformazione dei naturali processi di riproduzione in patologici”⁵²².

Un'ulteriore legge che si dimostra calzante nel caso del trattamento delle donne in stato di gravidanza è la n. 26.529 del 2009, *Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud*⁵²³. L'articolo 2 definisce la figura del

<http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/150000-154999/152155/norma.htm>.

⁵¹⁹ Commissione interamericana delle donne, Meccanismo di Follow-up della Convenzione di Belém do Pará (MESECVI), *Second Hemispheric Report on the Implementation of the Belém do Pará Convention*, p. 39.

⁵²⁰ C. A. HERRERA VACAFLOR, *Obstetric Violence in Argentina: a Study on the Legal Effects of Medical Guidelines and Statutory Obligations for Improving the Quality of Maternal Health*, p. 36.

⁵²¹ *Ivi*, 37.

⁵²² *Ibidem*.

⁵²³ Congresso nazionale della Repubblica Argentina, *Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud*, Legge n. 26.529 del 21 ottobre 2009,

paziente come un soggetto che richiede assistenza medica da parte del personale sanitario e gode di diritti quali rispetto, dignità, privacy, confidenzialità, autonomia, informazioni, ..., una definizione adatta a identificare la figura della donna in stato di gravidanza che è quindi paziente senza però essere affetta da alcuna malattia, non potendo di conseguenza essere trattata come persona malata⁵²⁴.

Gli articoli 5, 7 e 8 trattano invece il consenso informato del paziente. L'articolo 5 lo definisce come la dichiarazione adeguata alla volontà del paziente (o dei suoi rappresentanti legali), espressa nel momento in cui è stato informato in maniera precisa, chiara e adeguata sul suo stato di salute, raccomandando una procedura (informando sui suoi risultati sperati, sui suoi benefici attesi, sui suoi rischi e sui suoi prevedibili effetti avversi), proponendo pratiche alternative disponibili e spiegando le conseguenze prevedibili nel caso in cui non ci si sottoponesse a nessuno dei trattamenti presentati. L'articolo 7 afferma che, nonostante normalmente il consenso informato possa essere espresso verbalmente, si richiede che il consenso venga comunicato per iscritto e sottoscritto da un sanitario in caso di ospedalizzazione, intervento chirurgico, procedure diagnostiche e terapeutiche invasive, procedure implicanti rischio o in casi di rifiuto di un trattamento. Infine, l'articolo 8 prevede che per il trattamento di casi medici per fini accademici è necessario ottenere il consenso informato del paziente.

Molti casi giudiziari argentini hanno consentito da un lato di ampliare la portata delle leggi fino ad ora citate e dall'altra di legittimare l'effetto legale delle linee guida con la conseguenza di determinarne standard legali nel campo dell'assistenza sanitaria di tipo riproduttivo.

Nel caso *A., G. Y.* (Cassazione argentina, 2012) che tratta la denuncia di un aborto (illegale e auto-procurato) da parte di un medico che aveva fornito assistenza post aborto, la stessa denuncia viene ritenuta illegittima dato che il medico presentandola aveva leso il diritto della donna alla confidenzialità⁵²⁵. La Cassazione inoltre preferisce non perseguire altri co-autori dell'aborto (non protetti dal diritto alla confidenzialità) per evitare un processo di ri-vitimizzazione della donna e ledere ancora una volta il

<http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/160000-164999/160432/texact.htm>.

⁵²⁴ C. A. HERRERA VACAFLOR, *Obstetric Violence in Argentina: a Study on the Legal Effects of Medical Guidelines and Statutory Obligations for Improving the Quality of Maternal Health*, pp. 37-38.

⁵²⁵ *Ivi*, 38.

suo diritto alla confidenzialità⁵²⁶. Ne risulta un caso di violenza ostetrica poiché la violazione della privacy viene interpretata alla luce della legge n. 26.485 come trattamento disumano⁵²⁷.

Il caso *F., A. L.* (Corte suprema argentina, 2012) porta, a partire da alcune linee guida dell'OMS (*WHO Technical and Policy Guidelines for Health Systems*), a tutelare il diritto all'autonomia e all'integrità personale stabilendo che i sanitari non sono tenuti a richiedere alle donne autorizzazioni giudiziarie o rapporti di polizia che provino che la gravidanza sia conseguenza di uno stupro per praticare un aborto (in questo caso legale e quindi non punibile): queste richieste, medicalmente non necessarie, precludono l'accesso all'aborto a molte donne⁵²⁸.

Infine, nel caso *G., M. C. Y. c. Hospital Luis Lagomaggiore* (2014) viene trattato un caso di negligenza medica. Una donna di 23 anni partorisce con un cesareo, nonostante la possibilità del naturale⁵²⁹. In seguito a complicazioni, la donna viene sottoposta a un'episiotomia che viene però praticata in maniera errata da uno specializzando senza supervisione (che invece dovrebbe essere sempre assistito da un ginecologo esperto)⁵³⁰. In aggiunta, la rimozione errata della placenta (totalmente rimossa solo successivamente attraverso un raschiamento) porta a un'infezione uterina e a seri danni ai muscoli sfinterici che si sommano al doloroso processo di cicatrizzazione⁵³¹. Si tratta di un chiaro esempio di violazione dell'autonomia decisionale e del consenso informato, mai rilasciato dalla giovane donna per il cesareo e l'episiotomia⁵³². Purtroppo, i giudici non prendono in considerazione né le violazioni di diritti (autonomia decisionale e consenso informato) né i danni emotivi e psicosociali arrecati alla donna ma solo quelli fisici, mancando poi di far giustificare allo specializzando la scelta del cesareo e la mancata richiesta del consenso⁵³³.

⁵²⁶ *Ivi*, 39.

⁵²⁷ *Ibidem*.

⁵²⁸ *Ivi*, 41-42.

⁵²⁹ *Ivi*, 43.

⁵³⁰ *Ibidem*.

⁵³¹ *Ibidem*.

⁵³² *Ivi*, 44.

⁵³³ *Ivi*, 46.

1.2.1. Protocollo d'intervento argentino per i casi di violenza ginecologica e ostetrica

L'Argentina ha previsto un protocollo d'intervento per la gestione di casi di violenza ginecologica e ostetrica. Tale protocollo d'intervento si attiva con la ricezione della denuncia. Questa prima fase si fonda su alcuni principi:

- Buona fede (impedire ri-vittimizzazione o criminalizzazione delle donne);
- Rispetto della dignità umana;
- Non discriminazione (per origine, nazionalità, orientamento sessuale, età, sesso, occupazione, condizione sociale o migratori)⁵³⁴.

In questo contesto la vittima di violenza ginecologica e ostetrica deve godere di:

- Informazioni sui suoi diritti in una lingua comprensibile e in una forma accessibile alla sua età e maturità per realizzare pieno accesso ed esercizio dei suoi diritti economici, sociali e culturali;
- Assistenza psicologica e medica gratuita;
- Attenzione farmacologica gratuita;
- Assistenza legale;
- Condizioni speciali di protezione nel contesto della sua testimonianza;
- Informazioni sullo stato di attuazione delle misure adottate e dell'evoluzione del processo;
- Possibilità di essere ascoltata in tutte le fasi del processo⁵³⁵.

Secondo l'articolo 1 di questo Protocollo possono presentare denuncia la vittima e/o il suo accompagnatore presso una di queste istituzioni: direzione dell'ospedale, Ministero della Salute, *Difensoría del Pueblo* (ufficio dell'Ombudsman) o Istituto nazionale contro la discriminazione, la xenofobia e il razzismo⁵³⁶. La denuncia viene poi inoltrata all'Area di Genere del Ministero della Salute dove, attraverso un Programma di Prevenzione e Attenzione alla Violenza Familiare e di Genere, viene elaborato un rapporto tecnico e successivamente viene aperto un dossier presso lo

⁵³⁴ Osservatorio della violenza di genere del Difensore del Popolo della provincia di Buenos Aires, *Protocolo de recepción de denuncias en casos de violencia obstetrica*, pp. 1-2, <http://elecciones2011.defensorba.org.ar/micrositios/ovg/pdfs/Protocolo-de-Recepcion-de-Denuncias-en-Casos-de-Violencia-Obstetrica.pdf>.

⁵³⁵ *Ivi*, 2-3.

⁵³⁶ *Ivi*, 4.

stesso Ministero; a questo punto iniziano le azioni preistruttorie⁵³⁷. Il Ministero della Salute informa l'organo presso cui è stato effettuato il reclamo dell'evoluzione dell'iter affinché a loro volta i denunciati possano essere informati⁵³⁸. La *Defensoría del Pueblo* invece ha il compito di monitorare l'attuazione dell'intero procedimento e di accompagnare le vittime e i loro familiari e congiunti dinanzi agli organismi competenti⁵³⁹. L'articolo 2 chiarisce che il rapporto, da presentare entro 48 ore all'Area legale del Ministero della Salute per dare avvio alla fase preistruttoria, deve contenere informazioni su possibili situazioni di rischio, potendo anche prendere particolari misure in favore delle reclamanti⁵⁴⁰. L'articolo 4 infine prevede sia l'istituzione di processi amministrativi a carico dei presunti responsabili della violenza ginecologica e ostetrica, sia azioni dirette o sanzioni da parte dei direttori d'ospedale contro il personale colpevole delle violenze⁵⁴¹.

L'Argentina si è dotata anche di un modello di intervista per i casi di violenza ginecologica e ostetrica.

Il primo passo è l'identificazione della tipologia di caso:

1. Il caso riguarda i diritti sessuali e riproduttivi,
2. Il caso riguarda gravidanza, parto o puerperio;
3. Il caso riguarda una visita o pratica ginecologica routinaria;
4. Il caso riguarda i diritti della paziente;
5. Il caso riguarda pratiche post aborto;
6. Il caso riguarda un parere istituzionale sull'applicazione della Legge sul parto umano⁵⁴².

Se il caso di specie riguarda una delle prime quattro situazioni si procede con l'intervista raccogliendo dapprima i dati personali e individuando poi l'entità denunciata, la data in cui è avvenuto il fatto, la presenza di una relazione scritta, i dati

⁵³⁷ *Ibidem*.

⁵³⁸ *Ivi*, 5.

⁵³⁹ *Ivi*, 7-8.

⁵⁴⁰ *Ivi*, 5.

⁵⁴¹ *Ivi*, 6.

⁵⁴² Osservatorio della violenza di genere del Difensore del Popolo della provincia di Buenos Aires, *Modelo de Entrevista. Ingreso de casos por situaciones de Violencia Obstétrica*, p. 2, <https://www.defensorba.org.ar/micrositios/ovg/pdfs/Modelo-de-Entrevista-Ingreso-de-casos-por-situaciones-de-Violencia-Obstetrica.pdf>.

di contatto alternativi e l'azione richiesta contro i denunciati (istituzionale, di lavoro sociale o preventiva)⁵⁴³. In una terza fase, vengono usati i seguenti criteri per redigere una relazione sull'accaduto alla luce del concetto di attenzione umana al parto⁵⁴⁴.

Momento	Raccolta di informazioni
Primo momento	<ol style="list-style-type: none"> 1. Periodo della gravidanza <ol style="list-style-type: none"> 1.1. Tipologia di gravidanza (normale, a rischio) 1.2. Controlli eseguiti (ecografia, analisi, esami di alta complessità) 1.3. Nome e matricola del medico che seguiva la gravidanza 1.4. Tipologia di attenzione ricevuta dal medico e dalla sua equipe 1.5. Partecipazione al corso di psicoprofilassi dell'equipe o di altri 1.6. Presentazione del piano parto da parte dei sanitari 1.7. Documenti presentati dal medico e dalla sua equipe (storia clinica, esami, consenso informato) 1.8. Attenzione psicologica e psichiatrica durante la gravidanza 2. Inizio del travaglio <ol style="list-style-type: none"> 2.1. Il caso può riguardare pronto soccorso, servizio di ostetricia o ginecologia, equipe medica incaricata di seguire la gravidanza 2.2. Interventi effettuati (quantità di tocchi, monitoraggio fetale, ecografia, palpazione) 2.3. Accompagnamento (se permesso e con quale criterio) 2.4. Informazioni fornite alla donna e all'accompagnatore 2.5. Travaglio iniziato con impiegati 2.6. Consenso informato 2.7. Articolazione con il servizio di neonatologia 2.8. Strategia di attenzione (paziente informata o registrazione nella storia clinica)
Secondo momento	<p>Ingresso in sala parto</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identificazione dell'età gestazionale 2. Valutazione della condizione di salute della madre 3. Condizioni dell'infrastruttura 4. Quantità di sanitari presenti 5. Grado di intimità 6. Accompagnamento 7. Informazioni sullo stato di salute della partorientente e del feto 8. Presenza dell'equipe di neonatologia

⁵⁴³ *Ibidem.*

⁵⁴⁴ *Ivi*, 3-9.

	<ol style="list-style-type: none"> 9. Condizioni di sicurezza (gruppo elettrogeno, ingresso di terzi in sala) 10. Modalità di trasmissione dell'informazione (infantilizzazione, omissione di dati, maltrattamento) 11. Maltrattamento verbale 12. Maltrattamento psicologico 13. Interventi (rasatura perineale, clistere, ossitocina, epidurale, peridurale, anestetico locale, flebo, libertà di movimento, ingestione di liquidi e alimenti, durata del processo, pittogramma, manovra di protezione del perineo, manovra di Kristeller, episiotomia) 14. Contatto con il neonato 15. Azioni per facilitare l'allattamento
Terzo momento	<p>Attenzione post-parto</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tempo di attesa e accompagnamento nel passaggio di sala 2. Informazioni sull'assistenza post-parto 3. Indicazioni sulle cure (dei punti) post-cesareo 4. Uso di medicinali (analgesici o altri) 5. Attenzione post-parto (cure da parte dell'equipe di professionisti di ginecologia e ostetricia) 6. Interventi interdisciplinari (articolazione con servizio di salute mentale e servizio sociale) 7. Accompagnamento 8. Accesso a storia clinica
Informazione istituzionale e documentazione probatoria	<ol style="list-style-type: none"> 1. Altra istituzione presso cui si è presentata denuncia 2. Risposta ricevuta dall'altra istituzione 3. Documenti presentati presso l'altra istituzione 4. Intervento giudiziale: <ol style="list-style-type: none"> 4.1. Conto dell'avvocato difensore 4.2. Denuncia presentata presso sede della polizia giudiziaria 4.3. Tipo di risposta e azioni istituzionali
Situazione di attenzione post-aborto	<ol style="list-style-type: none"> 1. Registrazione dei dati personali 2. Implementazione del Protocollo di aborto non punibile del Ministero della Salute 3. Consenso informato 4. Garanzia di intervento interdisciplinare 5. Implementazione di azioni per violenza sessuale secondo il Protocollo del Ministero della Salute 6. Tipo di intervento (raschiamento, uso di materiale in acciaio, uso di aspirazione endouterina) 7. Informazioni 8. Accompagnamento 9. Intervento dell'equipe interdisciplinare (consulenza, informazione, attenzione e controllo) 10. Controllo istituzionale (controllo del caso attraverso il Programma Salute Sessuale e Procreazione Responsabile)

Questo *Modelo de Entrevista* include anche i 10 principi dell'Ufficio regionale europeo dell'OMS sulla cura perinatale, citati come i *Precetti del Ministero della Salute sul parto*, secondo i quali l'assistenza in ambito riproduttivo deve:

1. Evitare medicalizzazione (uso minimo di interventi e di tecnologia);
2. Usare tecnologia appropriata (per risolvere un problema specifico riducendo l'uso di tecnologia complessa e sofisticata);
3. Essere basata su evidenze scientifiche;
4. Essere regionalizzata (basata su un sistema di riferimento);
5. Essere multidisciplinaria (presenza di diversi tipi di professionisti come ginecologi, ostetrici, neonatologi, infermieri, educatori, ...);
6. Essere integrata (tenere conto delle necessità intellettuali, emozionali, sociali e culturali delle donne, dei figli e delle famiglie);
7. Essere incentrata sulle famiglie e rivolta alle necessità di donna, figlio e partner;
8. Essere appropriata (tenere conto delle differenze culturali);
9. Rispettare l'autonomia decisionale delle donne;
10. Rispettare privacy, dignità e confidenzialità delle donne⁵⁴⁵.

1.2.2. Violenza ginecologica e ostetrica nei confronti delle detenute argentine

I casi di violenza ginecologica e ostetrica nei confronti delle donne detenute non rappresentano un fenomeno insolito. L'*Observatorio de Salud, Género y Derechos Humanos* della città di Rosario (Argentina) suggerisce una serie di principi da rispettare in ambito riproduttivo a favore delle detenute:

- Fornire informazioni;
- Trattare con rispetto ed evitare disumanizzazione;
- Non attuare con discrezionalità il trasferimento presso istituti di salute per controlli periodici;
- Non imporre l'uniforme identificativa del carcere in ospedale;
- Non utilizzare pistole o manette come dispositivi di contenzione;
- Non comunicare ai medici informazioni sui precedenti penali delle donne;

⁵⁴⁵ *Ivi*, 4.

- Permettere l'accompagnamento dei familiari durante il parto;
- Permettere solo al personale penitenziario di sesso femminile di effettuare la sorveglianza;
- Non interrompere il contatto con il neonato (quest'ultimo rimane in ospedale mentre la madre viene ricondotta in carcere per mancanza di personale di sorveglianza durante l'ospedalizzazione o a causa degli stessi medici che, per i precedenti delle madri, non consentono la continuazione del contatto)⁵⁴⁶.

1.2.3. Case Study: Petrella c. Argentina (2014)

Il Case Study *Petrella c. Argentina* (2014) affronta uno dei casi più rilevanti di violenza ginecologica e ostetrica in Argentina.

Agustina Maria Petrella, alla trentanovesima settimana di gestazione, presenta una nota presso la Clinica Bazterrica di Buenos Aires richiedendo “*un tratamiento lo más ‘humano y natural’ posible*” per sua figlia, ricevendo come risposta che in quella struttura non si praticava il “*parto humanizado*”, venendo invitata a cambiare clinica⁵⁴⁷. La signora Petrella purtroppo non versa in condizioni economiche tali da poter cambiare clinica e non può neanche sostituire il proprio ginecologo, che opera presso quella stessa struttura, dato l'avvicinarsi del giorno del parto⁵⁴⁸.

Il giorno del cesareo programmato viene lasciata due ore in attesa comunicandole in seguito la mancanza di disponibilità della stanza⁵⁴⁹.

Alla nascita della bambina le impediscono il primo contatto pelle contro pelle e incontra la figlia sono un'ora e quarantacinque minuti dopo senza spiegazioni su quell'iniziale distacco⁵⁵⁰. Si attesta che i controlli effettuati sulla bambina sono durati più del dovuto e sono avvenuti senza la presenza di un familiare⁵⁵¹.

⁵⁴⁶ Osservatorio della violenza di genere del Difensore del Popolo della provincia di Buenos Aires, *Violencia obstétrica en cárceles de la provincia de Buenos Aires*, pp. 11-16, <https://www.defensorba.org.ar/micrositios/ovg/pdfs/Violencia-Obstetrica-en-Carceles-provincia-Buenos-Aires.pdf>.

⁵⁴⁷ Difensore del Popolo della Nazione (Repubblica Argentina), *PETRELLA, Agustina María sobre la violencia obstétrica*, Risoluzione n. 2/16 del 8 gennaio 2016, p. 2, <http://perlaprigoshin.com.ar/wp-content/uploads/2016/02/Res-02-2016-Petrella.pdf>.

⁵⁴⁸ *Ibidem*.

⁵⁴⁹ *Ibidem*.

⁵⁵⁰ *Ivi*, 3.

⁵⁵¹ *Ibidem*.

Successivamente, la madre è minacciata e aggredita da una donna del personale della clinica che irrompe nella sua stanza cacciando i presenti e minacciandola di consegnare la bambina ai servizi sociali: la signora Petrella afferma di essersi sentita umiliata e spaventata⁵⁵².

A tutte queste negligenze e violazioni è stato da subito posto rimedio dalle stesse autorità dello stabilimento sanitario che, a conoscenza dell'accaduto, hanno implementato dei mezzi di tipo correttivo⁵⁵³.

1.3. Ecuador

L'Ecuador non ha ad oggi realizzato una legge per la violenza ginecologica e ostetrica. Nonostante ciò, all'interno della Legge n. 67, *Ley Organica de Salud*, del 2006⁵⁵⁴ viene riservato un intero capitolo sulla salute sessuale e riproduttiva, il Capitolo III, dall'articolo 20 all'articolo 30.

In particolare di questo capitolo possono essere citati gli articoli 23, 25 e 30. L'articolo 23 riconosce a donne e uomini il diritto a decidere in maniera libera, volontaria, responsabile, autonoma e senza coercizione, violenza o discriminazione il numero dei figli: si parla sostanzialmente di autonomia decisionale in relazione al *number* dei figli, per cui non deve essere richiesto il consenso di terzi. Lo stesso articolo sancisce poi il diritto ad accedere a informazioni necessarie per realizzare questa autonomia decisionale. Per ciò che riguarda invece la conformazione demografica e culturale dell'Ecuador, l'articolo 25 tratta del rispetto e della promozione della cultura, delle conoscenze e delle politiche dei popoli indigeni e afro-ecuadoriani e della medicina alternativa in relazione a gravidanza, parto e puerperio, con la sola condizione che queste non compromettano la vita e l'integrità mentale e fisica della donna. Infine, l'articolo 30 promuove l'offerta di servizi per la pianificazione familiare.

1.4. Porto Rico

Nel 2006 lo Stato di Porto Rico ha realizzato la Legge n. 156, *Ley de Acompañamiento*

⁵⁵² *Ivi*, 3.

⁵⁵³ *Ivi*, 4.

⁵⁵⁴ Congresso nazionale della Repubblica dell'Ecuador, *Ley Organica de Salud*, Legge n. 67 del 22 dicembre 2006, <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2017/03/LEY-ORG%C3%81NICA-DE-SALUD4.pdf>.

*durante el Trabajo de Parto, Nacimiento y Post-parto*⁵⁵⁵. La legge, pur non citando esplicitamente la violenza ginecologica e ostetrica, prevede, per i diritti violati associati alla donna in stato di gravidanza, al neonato e al padre e alla madre, una multa che va dai 500 ai 5000 dollari e la possibilità di denunciare le violazioni all'Ufficio del Procuratore della Donna (art. 7).

I diritti riguardanti la donna gestante, cioè i principali diritti riproduttivi, sono sanciti all'articolo 3. La donna in stato di gravidanza ha diritto a:

- a. Essere informata sui diversi interventi medici che potrebbero aver luogo durante il processo per poter scegliere liberamente quando esistono alternative;
- b. Essere trattata con rispetto, in modo individuale e personalizzato, garantendole privacy e intimità emotiva;
- c. Consentirle il parto naturale come prima alternativa, rispettandone gli aspetti fisiologici, biologici e psicologici ed evitando pratiche invasive e somministrazione di medicinali non giustificati dallo stato di salute della madre e del figlio;
- d. Essere informata sull'evoluzione del parto, sullo stato di salute del bambino e sulle azioni dei sanitari;
- e. Non essere sottoposta a esame o intervento con il fine di indagine o insegnamento senza consenso manifestato per iscritto;
- f. Essere accompagnata da una persona di propria fiducia durante travaglio, parto e post parto;
- g. Non essere intimidita sul processo del parto attraverso l'anticipazione di possibili complicazioni;
- h. Avere al proprio fianco il neonato durante la permanenza in ospedale, sempre che quest'ultimo non necessiti di cure speciali;
- i. Essere informata sui benefici dell'allattamento materno, includendo la proibizione, secondo la Legge n. 79 del 2004, *Ley sobre el Suministro de Sucedáneos de la Leche Materna a los Recién Nacidos*, di alimentare il neonato con sostituti del latte materno contro le istruzioni della madre;

⁵⁵⁵ Asamblea legislativa dello Stato libero associato di Porto Rico, *Ley de Acompañamiento durante el Trabajo de Parto, Nacimiento y Post-parto*, Legge n. 156 del 10 de agosto de 2006, https://mujer.pr.gov/OPM/Leyes_Reglamentos/Leyes%20Y%20Reglamentos/Ley%20de%20Acompa%C3%B1amiento%20durante%20el%20Trabajo%20de%20Parto.%20Nacimiento%20y%20Post-Parto.pdf.

- j. Ricevere consigli e informazioni sulla cura del neonato;
- k. Essere informata sul beneficio della buona nutrizione e sull'effetto avverso di tabacco, alcol e droga su sé stessa e sul bambino.

All'interno dell'articolo 4 vengono trattati i diritti del neonato. Ogni neonato ha diritto a:

- a. Essere trattato con rispetto e dignità;
- b. Non essere sottoposto a nessun esame o intervento con il fine di investigazione o insegnamento senza il consenso manifestato per iscritto dai suoi genitori;
- c. Avere alloggio congiunto con sua madre quando possibile, per l'assenza di cure speciali, e nel momento in cui la struttura ospedaliera dispone di tali soluzioni;
- d. Consigli e informazioni sulla sua cura rilasciati ai suoi genitori.

L'articolo 5, infine, si occupa dei diritti legati alle figure del padre e della madre:

- a. Ricevere informazioni comprensibili, sufficienti e continue sulla salute del figlio;
- b. Avere accesso continuo al figlio, partecipare alla sua cura e prendere decisioni sulla sua assistenza;
- c. Essere informati per rilasciare il consenso manifestato per iscritto su esami o interventi sul neonato al fine di investigazione o insegnamento;
- d. Ricevere facilitazioni per l'allattamento materno, sempre quando non ci sia una condizione che lo impedisca;
- e. Ricevere consigli e informazioni sulla cura speciale del figlio.

1.5. Venezuela

Nell'aprile del 2007 il Venezuela ha realizzato la Legge n. 38.668, *Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia*⁵⁵⁶. Si tratta del primo strumento normativo nazionale che include la violenza ostetrica in America latina.

L'articolo 1 di questa legge (Oggetto della legge) si pone l'obiettivo di prevenire,

⁵⁵⁶ Asamblea Nacional de la República de Venezuela, *Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia*, Legge n. 38.668 del 23 aprile 2007, https://venezuela.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Ley_mujer%20%281%29_0.pdf.

trattare, punire ed eradicare la violenza contro le donne in ogni forma e in ogni campo attraverso il cambiamento socio-culturale delle dinamiche sostenute da disuguaglianza di genere e di potere a scapito delle donne.

All'interno dell'articolo 15 (Forme di violenza) sono elencate 19 forme di violenza praticate nei confronti delle donne. Al paragrafo 13 del medesimo articolo viene definita la violenza ostetrica come “[a]ppropriación 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”.

Con il termine “personale sanitario” vengono considerati tecnici, infermieri, studenti di medicina, specializzandi e ginecologi⁵⁵⁷. Purtroppo, nonostante il termine “violenza ostetrica”, l'ostetricia non viene inclusa nella pratica ginecologica in Venezuela⁵⁵⁸.

Nel paragrafo 14 viene concepita come forma di violenza a sé il realizzare o causare intenzionalmente senza consenso informato e senza giustificazioni un trattamento medico o chirurgico che abbia come risultato la sterilizzazione o la privazione della capacità biologica e riproduttiva della donna.

La violenza ostetrica come reato viene disciplinata dall'articolo 51 che ne elenca gli atti che la costituiscono:

1. Attenzione non tempestiva e inefficiente nei confronti delle emergenze ostetriche;
2. Costringere a partorire in posizione supina e con le gambe alzate (posizione litotomica) nonostante ci sia la possibilità di farlo in posizione verticale;
3. Impedire, senza motivazioni mediche, il contatto del neonato con la madre, in particolare negare la possibilità di prenderlo in braccio o allattarlo subito dopo la nascita;
4. Alterare il naturale processo del parto a basso rischio usando tecniche di accelerazione senza consenso volontario, espresso e informato della donna;

⁵⁵⁷ PÉREZ D'GREGORIO R., “Obstetric violence: A new legal term introduced in Venezuela”, in *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 111/2010, p. 201, <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1016/j.ijgo.2010.09.002>.

⁵⁵⁸ *Ibidem*.

5. Praticare il parto cesareo, nonostante sia possibile procedere con il naturale, senza consenso volontario, espresso e informato della donna.

Lo stesso articolo prevede due tipologie di sanzioni: procedimento disciplinare e multa (da 250 a 500 unità tributarie), mentre l'articolo 52 sancisce la sterilizzazione forzata come reato con conseguenze che prevedono un procedimento disciplinare e la reclusione da 2 a 5 anni.

L'ultima riflessione da fare per il caso del Venezuela riguarda due critiche che sono state mosse nei confronti della Legge sopra analizzata: (1) la legge non prende sufficientemente in considerazione il principio costituzionale di presunzione di innocenza (art. 21), considerandola come "un'arma di manipolazione per compiere chissà quale capriccio di coppia" e ledendo uno dei fini dello Stato, cioè la protezione della famiglia come nucleo familiare; (2) la legge tipizza eccessivamente i reati non fornendo indicazioni sulle condizioni minime legali da realizzare per la denuncia, ciò porterebbe qualsiasi donna che si consideri vittima a denunciare senza necessario fondamento, costringendo il presunto aggressore, senza prove effettive, a realizzare le misure imposte da legge⁵⁵⁹.

Le due critiche appaiono quanto meno faziose alla luce del contenuto della stessa Legge n. 38.669: l'articolo 78 sancisce i diritti dell'imputato così come stabiliti dalla Costituzione e l'articolo 80 invece sancisce la libertà di prova per la quale entrambe le parti possono fornire prove per il chiarimento dei fatti.

1.6. Bolivia

Nel marzo del 2013 la Bolivia ha redatto la Legge n. 348, *Ley para garantizar a las mujeres una vida libre de violencia*⁵⁶⁰. La legge non riconosce espressamente la violenza ginecologica e ostetrica ma la condanna inquadrandola sotto tre punti di vista: violenza contro i diritti riproduttivi (art. 7 par. 8), violenza nei servizi sanitari (art. 7 par. 9) e violenza contro i diritti e la libertà sessuale (art. 7 par. 16).

⁵⁵⁹ A. TORRES, J. PAZ, "Constitucionalidad del la Ley Orgánica Sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia", 2007, pp. 28-29, <https://www.corteidh.or.cr/tablas/r31745.pdf>.

⁵⁶⁰ Asamblea legislativa plurinazionale dello Stato Plurinazionale della Bolivia, *Ley integral para garantizar a las mujeres una vida libre de violencia*, Legge n. 348 del 9 marzo 2013, https://oig.cepal.org/sites/default/files/2013_bol_ley348.pdf.

Per violenza contro i diritti riproduttivi si intende qualsiasi azione o omissione che impedisca, limiti o violi il diritto delle donne a informazione, orientamento, attenzione integrale e trattamento durante gravidanza, aborto, parto, puerperio e allattamento; a decidere liberamente e responsabilmente del numero e dello *spacing* dei figli; a esercitare la sua maternità in sicurezza; e a scegliere metodi contraccettivi sicuri.

Per violenza nei servizi sanitari invece si intende qualsiasi azione discriminatoria, umiliante e disumana che neghi o limiti l'accesso all'attenzione efficace e immediata e alle informazioni opportune da parte del personale, mettendo a rischio la vita e la salute della donna.

Infine, per violenza contro i diritti e la libertà sessuale viene intesa qualsiasi azione o omissione che impedisca o limiti l'esercizio dei diritti delle donne a godere di una vita sessuale libera, sicura, effettiva e piena o che violi la sua libertà di scelta sessuale.

La legge prevede anche una serie di azioni e garanzie da mettere in pratica per eliminare la violenza nei confronti delle donne in particolare in ambito riproduttivo e sessuale. L'articolo 17(1) cita alcune prevenzioni di tipo strutturale che si riferiscono a misure tese a modificare atteggiamenti, reazioni, azioni e omissioni che hanno come effetto la violenza contro le donne attraverso sensibilizzazione ed educazione nei centri di attenzione alla salute. L'articolo 18 cita misure preventive nei confronti di donne indigene. L'articolo 20 cita sia l'adozione di misure per sanzionare la violenza nei servizi di salute (I.10), sia la promozione della ricerca scientifica per adottare trattamenti medici meno invasivi, dolorosi e aggressivi (I.11). Un ultimo aspetto da considerare è l'attenzione che si pone alla vittima di violenza nel suo processo di accesso alla giustizia: si dimostra particolare cura nei riguardi della protezione della sua dignità e della sua integrità evitando ri-vittimizzazione e maltrattamento durante il processo di investigazione del caso (art. 45 par. 7).

La Bolivia infine ha creato un organismo specializzato della Polizia incaricato della prevenzione, dell'assistenza, dell'investigazione, dell'identificazione e dell'arresto per i casi di violenza nei confronti delle donne (art. 53 par. I).

1.7. Panama

La legislazione panamense in ambito riproduttivo e di violenza ostetrica ha seguito un

andamento insolito rispetto a quello degli altri paesi sudamericani che hanno, anche parzialmente, regolarizzato il “parto umanizzato” e sanzionato la violenza ginecologica e ostetrica. Panama ha dapprima sanzionato la violenza ginecologica e ostetrica e successivamente ha prodotto una legge sul “parto umanizzato” con lo scopo di porre fine alla violenza ostetrica⁵⁶¹.

La Legge n. 82 “*que adopta medidas de prevención contra la violencia en las mujeres y reforma el Código Penal para tipificar el feminicidio y sancionar los hechos de violencia contra la mujer*” del 2013⁵⁶² indica 27 tipologie di violenza contro le donne. Tra queste all’articolo 4 paragrafo 14 troviamo la “*violencia contra la libertad reproductiva*” intesa come la violenza che lede il diritto delle donne a decidere liberamente e responsabilmente del numero di gravidanze e dell’intervallo tra le nascite (diritto all’autonomia decisionale su *number* e *spacing* dei figli). Al paragrafo 22 dello stesso articolo invece viene citata la “*violencia obstétrica*”, cioè la violenza che esercita il personale sanitario sul corpo e sui processi riproduttivi della donna attraverso abuso e trattamento disumano e umiliante.

La Legge n. 82 predispone modifiche del Codice penale per sanzionare i 27 diversi tipi di violenza contro le donne, in particolare osserviamo:

- Articolo 37 (art. 50 del Codice penale): predispone prigione, arresto per il “fine settimana”, multa, trattamento terapeutico multidisciplinario;
- Articolo 38 (art. 54 del Codice penale): fornisce una definizione di arresto per il “fine settimana” (fermo di 48 ore dalle ore 18 del venerdì alle ore 6 del lunedì, da un minimo di 12 a un massimo di 200 “fine settimana” per la commissione di uno solo dei delitti indicati dal testo di legge);
- Articolo 39 (art. 62-A del Codice penale): fornisce una definizione di trattamento terapeutico multidisciplinario (intervento psicoeducativo);
- Articolo 41 (art. 132-A del Codice penale): predispone dai 25 ai 30 anni di reclusione per il decesso della donna come conseguenza delle forme di

⁵⁶¹ Segreteria Generale dell’Assemblea Nazionale della Repubblica di Panama, *Para la atención humanizada del embarazo parto y post parto*, Legge n. 48 di ottobre 2017, p. 2, https://www.asamblea.gob.pa/APPS/SEG_LEGIS/PDF_SEG/PDF_SEG_2010/PDF_SEG_2019/2019_A_290.pdf.

⁵⁶² Asamblea nacional de la República de Panamá, *Ley N° 82 que adopta medidas de prevención contra la violencia en las mujeres y reforma el código penal para tipificar el femicidio y sancionar los hechos de violencia contra la mujer* del 24 ottobre 2013, in Gaceta Oficial Digital, Doc. n. 27403 del 25 ottobre 2013, <https://www.organojudicial.gob.pa/wp-content/uploads/2016/11/Ley-82-de-2013.pdf>.

violenza contenute nel testo di legge;

- Articolo 44 (art. 138-A del Codice penale): per chi esercita violenza psicologica attraverso minacce, intimidazioni, ricatto, persecuzione, molestia o obbliga una donna a fare o a smettere di fare, a tollerare sfruttamento, minacce, obbedienza o sottomissione, umiliazione o vessazione, isolamento o qualsiasi altra condotta simile si prevedono dai 5 agli 8 anni di prigione. Se queste condotte producono danno psichico la pena aumenterà da 1/3 a 1/2 del massimo della pena (8 anni).

Quattro anni più tardi, viene realizzata la Legge n. 48, “*Para la atención humanizada del embarazo, parto y post parto*”, del 2017⁵⁶³ che tutela sotto diversi punti di vista i diritti della donna in ambito riproduttivo.

L’articolo 9 sancisce i diritti della donna in stato di gravidanza, riprendendo e in minima parte ampliando il lavoro attuato dagli altri Stati OSA.

- a. Diritto a essere informata sulle diverse alternative mediche, sui rischi e sulle complicazioni di qualsiasi procedimento, sulla prognosi e sull’attenzione al neonato.
- b. Diritto a essere trattata con rispetto, in maniera individuale, proteggendone intimità e confidenzialità.
- c. Diritto al parto naturale, rispettandone i tempi biologici e psicologici, evitando pratiche invasive o somministrazione di medicinali per accelerarne il processo e scelta di metodi farmacologici o alternativi per la gestione del dolore senza consenso della donna.
- d. Diritto a ricevere attenzione integrale, adeguata, opportuna ed efficiente in linea con i propri costumi, valori e credenze.
- e. Diritto a ricevere assistenza psicosociale in presenza di una situazione critica a livello emozionale, socioeconomico o di altra natura.
- f. Diritto a essere accompagnata in ogni fase da una persona di propria scelta.
- g. Diritto a non subire pratiche o procedimenti che non siano sufficientemente supportati da studi del Ministero della Salute, dell’OMS o della comunità

⁵⁶³ Segreteria Generale dell’Assemblea Nazionale della Repubblica di Panama, *Para la atención humanizada del embarazo parto y post parto*, Legge n. 48.

scientificamente.

- h. Diritto a ricevere informazioni sull'evoluzione del parto e della gravidanza e a dare il proprio consenso informato ai procedimenti medici,
- i. Diritto al consenso informato sulle differenti posizioni da adottare durante il travaglio e a ricevere informazioni dopo la gravidanza sui differenti metodi di pianificazione familiare.

Al diritto al parto naturale (art. 9(c)) sono collegati alcuni doveri riguardanti il parto cesareo presenti all'interno degli articoli 12 e 13. L'articolo 12 limita il ricorso al taglio cesareo solo a casi eccezionali determinati, secondo l'articolo 13, dalla valutazione da parte del Ministero della Salute di un report riguardante le motivazioni alla base della scelta di questa tipologia di parto. La suddetta scelta si basa in principio sul consenso manifestato e informato della donna e se questa incapace, sulla decisione scritta e inoltrata al Ministero.

Ulteriori diritti della donna, in questo caso riguardanti nello specifico i processi di gravidanza, travaglio, parto e post-parto, sono sanciti dall'articolo 15.

- a. Diritto a essere considerata e trattata come sana in modo che sia protagonista del proprio corpo e del proprio parto.
- b. Diritto a creare con il medico un piano parto che contenga richieste e aspirazioni personali in armonia con criteri e protocolli medici.
- c. Diritto a essere accompagnata da una persona di propria fiducia e scelta.
- d. Diritto a essere trattata con rispetto, in maniera individuale e personalizzata e a godere di intimità.
- e. Diritto al parto vaginale rispettando pratiche ancestrali e culturali e tempi biologici e psicologici.
- f. Diritto nell'ambito del parto vaginale a scegliere liberamente la posizione e i metodi e le pratiche di medicina tradizionale, ancestrale, alternativa o complementare.
- g. Diritto ad accedere a servizi di salute sicuri, di qualità e di calorosità che garantiscano il consenso previo, libero e informato sui distinti interventi medici che potrebbero aver luogo per far sì che la donna possa scegliere liberamente

quando esistono differenti alternative.

- h. Diritto a essere informata (a dover essere informata è anche la persona scelta dalla donna) delle alternative mediche e dei benefici e rischi di ogni procedimento per madre e figlio.
- i. Diritto a non essere sottoposta a nessun esame o intervento con il fine di investigazione, salvo consenso previo, libero e informato, a meno che il risultato dell'investigazione non sia fondamentale per prendere una decisione sulla salute di madre e figlio.
- j. Diritto a essere informata sulla gravidanza, sulla cura del neonato e sui benefici dell'allattamento materno.
- k. Diritto a essere informata sullo sviluppo del parto, sullo stato di salute del figlio e sulle diverse azioni realizzate dai sanitari.
- l. Diritto ad avere accanto il figlio durante la permanenza nello stabilimento sanitario, sempre che il neonato non necessiti di cure speciali.
- m. Diritto all'ospedalizzazione congiunta con il neonato se quest'ultimo richiede cure speciali o se il parto è prematuro.
- n. Diritto a ricevere informazioni, nella propria lingua con l'utilizzo di un linguaggio comprensibile e adeguato a eventuale disabilità, sull'evoluzione della propria salute e di quella del neonato includendo diagnosi, prognosi e trattamento.
- o. Diritto ad avere accesso continuo al neonato, se la situazione clinica lo permette, a partecipare alla sua cura e a prendere decisioni relazionate alla sua assistenza.
- p. Diritto a decidere il destino della placenta e del cordone ombelicale in accordo con tradizione culturale e norme di biosicurezza del Ministero della Salute.

La legge presenta inoltre una definizione di violenza ostetrica, all'articolo 19, non solo più precisa ma anche più dettagliata rispetto a quella del 2013, attraverso un elenco di condotte vietate, a cui è connesso un provvedimento sanzionatorio. Infatti, per violenza ostetrica si intende qualsiasi atto o omissione che si concretizzi in maltrattamento, abuso di medicalizzazione e/o azioni che considerino i processi naturali di gravidanza, parto e puerperio come patologici, manifestando le seguenti condotte:

- a. Inosservanza dei criteri normativi dell'attenzione materna;

- b. Omissione dell'attenzione opportuna ed efficace alle emergenze ostetriche;
- c. Omissione del consenso informato, volontario ed espresso della donna o di chi la rappresenta, quando la donna è impedita a manifestarlo;
- d. Ostacolo, senza ragione medica giustificata, al contatto precoce pelle contro pelle del neonato con la madre, negandole la possibilità di tenerlo in braccio e allattarlo subito dopo la nascita;
- e. Alterazione del processo naturale del parto di basso rischio attraverso l'uso di tecniche e pratiche non necessarie;
- f. Ricorso al cesareo senza consenso volontario, espresso e informato della donna nonostante ci siano le condizioni per il parto vaginale o imposizione del limite al diritto della donna a praticare un cesareo quando il vaginale risulta impossibile o complicato, mettendo a rischio la salute della madre e del figlio.

In aggiunta, l'articolo 20 impone al personale sanitario l'obbligo di trattamento cordiale, dignitoso e rispettoso della donna.

In conclusione, all'interno dell'articolo 23 troviamo invece i diritti del neonato:

- a. Diritto a essere trattato con rispetto, dignità, tempestività ed effettività;
- b. Diritto a ricevere cure e trattamenti gratuiti e necessari in accordo con il suo stato di salute;
- c. Diritto a tagliare il cordone ombelicale quando ha smesso di pulsare, sempre e quando non esista una qualche controindicazione medica.
- d. Diritto all'allattamento subito dopo la nascita dopo aver verificato lo stato di salute del neonato, garantendogli un ambiente adeguato e intimità;
- e. Diritto legato all'attenzione alla salute mentale che la madre deve ricevere per diminuire il rischio di depressione post-partum e per evitare che questa smetta di allattare influenzando negativamente il benessere del neonato;
- f. Diritto a ottenere il consenso espresso dei genitori in caso di esami o interventi che implicino processi di diagnosi e trattamenti terapeutici.

1.8. Messico

A livello nazionale nel 2005 è stata modificata la *Norma Oficial Mexicana 007*

(*Atención de la Mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido*) nel tentativo di “diminuire i danni ostetrici e i rischi per la salute delle donne e dei loro figli”⁵⁶⁴.

All'interno dello Stato federativo del Messico ben 27 Stati su 30 hanno incluso nella loro legislazione nazionale il concetto di violenza ostetrica⁵⁶⁵. Essendo questi concetti espressi nel contenuto in maniera simile, verranno analizzate solo alcune delle 27 previsioni legislative.

Da notare è che i comuni risultati sono raggiunti in alcuni casi con scelte legislative in parte diverse: ad esempio nello Stato di Chiapas la definizione di violenza ostetrica è seguita da una lista di condotte *equiparate* alla stessa, mentre lo Stato di Guerrero fornisce una semplice definizione o ancora quello di Veracruz individua in chi incorre in determinare condotte la figura di reato della violenza ostetrica⁵⁶⁶. Anche a livello di pene inflitte ci sono sottili differenze: se tutti e tre gli Stati suddetti prevedono privazione della libertà e sanzioni pecuniarie, lo Stato di Chiapas include anche la sospensione temporanea dalla professione indipendentemente dal tipo di lesioni causate⁵⁶⁷.

Lo Stato di Veracruz è stato in Messico il primo a prevedere la violenza ostetrica come reato, da lì altri Stati hanno preso come modello il contenuto dell'articolo 7 paragrafo VI della Legge n. 235, *Ley de acceso de las mujeres a una vida libre de violencia para el Estado de Veracruz de Ignacio de la Llave* (2008)⁵⁶⁸. Del suddetto articolo citiamo la sezione della definizione di violenza ostetrica ripresa in maniera identica da altri

⁵⁶⁴ M. R. POZZIO, “La gineco-obstetricia en México: entre el “parto humanizado” y la violencia obstetrica”, in *Estudios Feministas*, 24(1)/2016, p. 102, <https://www.redalyc.org/pdf/381/38143846007.pdf>.

⁵⁶⁵ M. TAGLE, *Iniciativa con Proyecto de decreto que reforma diversas disposiciones de la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, en materia de Violencia obstétrica* del 27 maggio 2020, pp. 4-5, http://sil.gobernacion.gob.mx/Archivos/Documentos/2020/05/asun_4041882_20200527_1590610024.pdf.

⁵⁶⁶ L. I. DÍAZ GARCÍA, M. Y. FERNÁNDEZ, “Situación legislativa de la Violencia obstétrica en América latina: el caso de Venezuela, Argentina, México y Chile”, in *Revista de Derecho de la Pontificia Universidad Católica de Valparaíso*, 51/2018, p. 135, https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0718-68512018000200123&script=sci_arttext.

⁵⁶⁷ *Ibidem*.

⁵⁶⁸ Congresso dello Stato Libero e Sovrano di Veracruz di Ignacio de la Llave (Messico), *Ley de acceso de las mujeres a una vida libre de violencia para el Estado de Veracruz de Ignacio de la Llave*, Legge n. 235 del 25 febbraio 2008, <http://docs.mexico.justia.com.s3.amazonaws.com/estatales/veracruz/ley-numero-235-de-acceso-de-las-mujeres-a-una-vida-libre-de-violencia-para-el-estado-de-veracruz.pdf>.

Stati: “[a]propiación 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”. L’articolo continua con una serie di atti identificati come forme di violenza ostetrica, ripresi in parte anche dagli articoli 363 e 369 paragrafo III del *Codigo Penal* di Veracruz e che implicano in generale:

- Non offrire assistenza opportuna ed efficace nell’ambito di emergenze ostetriche;
- Obbligare a partorire in posizione litotomica;
- Alterare il processo naturale del parto ricorrendo al cesareo o attraverso tecniche di accelerazione senza consenso volontario, espresso e informato;
- Praticare pressione psicologica per inibire l’autonomia decisionale della donna;
- Ostacolare l’attaccamento precoce del neonato alla madre impedendole di tenerlo in braccio o allattarlo⁵⁶⁹.

Nello specifico per le condotte indicate all’articolo 363 vengono previsti, a seconda della gravità della lesione, fino a 6 anni di reclusione, multe al massimo pari a 300 giorni di salario e la possibilità per i soli servitori pubblici di destituzione e inabilitazione da altro impiego o commissione pubblica fino a 2 anni⁵⁷⁰. L’articolo 369 paragrafo III invece fornisce la definizione della figura di reato della violenza ostetrica intesa come qualsiasi atto o omissione che colpisca l’autonomia o la capacità decisionale femminile nei riguardi della propria sessualità e dei propri processi riproduttivi⁵⁷¹.

La Legge n. 186 dal nome *Ley de acceso a una vida libre de violencia para las mujeres en el Estado de Chiapas* (2009)⁵⁷² presenta la medesima definizione dello Stato di

⁵⁶⁹ Stato di Veracruz di Ignacio de la Llave, *Codigo Penal para el Estado Libre y Soberano de Veracruz de Ignacio de la Llave* del 7 de noviembre 2003, <https://www.legisver.gob.mx/leyes/LeyesPDF/PENAL270115.pdf>.

⁵⁷⁰ *Ibidem*.

⁵⁷¹ *Ibidem*.

⁵⁷² Congresso dello Stato di Chiapas (Messico), *Ley de acceso de las mujeres a una vida libre de violencia en el Estado de Chiapas*, Legge n. 186 del 23 marzo 2009, <http://www.ordenjuridico.gob.mx/Documentos/Estatal/Chiapas/wo119513.pdf>.

Veracruz di violenza ostetrica all'interno del paragrafo VII dell'articolo 6. Il paragrafo VIII del medesimo articolo, a differenza della legge dello Stato di Veracruz, esplicita il concetto di violenza dei diritti riproduttivi come *“toda acción u omisión que limite o vulnere el derecho de las mujeres a decidir libre y voluntariamente sobre su función reproductiva, en relación con el número y espaciamiento de los hijos, acceso a métodos anticonceptivos de su elección, acceso a una maternidad elegida y segura, así como los servicios de atención prenatal, y obstétricos de emergencia”*.

La stessa definizione di violenza dei diritti riproduttivi la ritroviamo sia all'articolo 201 paragrafo VI del *Codigo Penal del Distrito Federal (Ciudad del Mexico)*⁵⁷³, adesso Oaxaca e Coahuila, sia all'articolo 6 paragrafo VI della *Ley de acceso de las mujeres a una vida libre de violencia del distrito federal* (2008)⁵⁷⁴. Quest'ultima legge però contiene anche un'ampia definizione di violenza ostetrica all'interno dell'articolo 6 paragrafo VII: *“toda acción u omisión que provenga de una o varias personas, que proporcionen atención médica o administrativa, en un establecimiento privado o institución de salud pública del gobierno de la Ciudad de México que dañe, lastime, o denigre a las mujeres de cualquier edad durante el embarazo, parto o puerperio, así como la negligencia, juzgamiento, maltrato, discriminación y vejación en su atención médica; se expresa por el trato deshumanizado, abuso de medicación y patologización de los procesos naturales, vulnerando la libertad e información completa, así como la capacidad de las mujeres para decidir libremente sobre su cuerpo, salud, sexualidad o sobre el número y espaciamiento de sus hijos”*.

Viene aggiunto poi che la violenza ostetrica si caratterizza per:

- a. Omettere o ritardare l'attenzione opportuna ed efficace per servizi ed emergenze ostetriche;
- b. Obbligare a partorire in posizioni contrarie alla volontà e alle pratiche culturali della donna, quando ci sono condizioni per realizzare il parto umanizzato e

⁵⁷³ Asamblea legislativa del Distrito Federal (Città del Messico), *Codigo Penal para el Distrito Federal* del 16 luglio del 2002, <https://www.congresocdmx.gob.mx/media/documentos/9cd0cdef5d5adba1c8e25b34751cccfcca80e2c.pdf>.

⁵⁷⁴ Congresso di Città del Messico, *Ley de acceso de las mujeres a una vida libre de violencia del distrito federal*, Legge del 29 gennaio 2008, in *Gaceta Oficial del Distrito Federal*, https://congresocdmx.gob.mx/archivos/transparencia/LEY_DE_ACCESO_DE_LAS_MUJERES_A_UNA_VIDA_LIBRE_DE_VIOLENCIA_DEL_DISTRITO_FEDERAL.pdf.

- naturale;
- c. Ostacolare l'attaccamento precoce del neonato alla madre senza motivo giustificato negandole di tenerlo in braccio e allattarlo subito dopo la nascita;
 - d. Alterare il processo naturale del parto di basso rischio mediante l'uso di medicinali o tecniche di accelerazione, senza consenso volontario, espresso e informato;
 - e. Praticare il parto per via cesarea, essendoci condizioni per il parto naturale, o imporre l'uso di contraccettivi o sterilizzazione senza consenso volontario, espresso o informato.

Ultima legge da citare è la n. 95 denominata *Ley de acceso de las mujeres a una vida libre de violencia para el Estado de Guanajuato* (2010)⁵⁷⁵. L'articolo 5 paragrafo VIII presenta un'ulteriore definizione di violenza ostetrica (che è stata poi ripresa nel 2017 dalla legge nazionale *Ley general de acceso a una vida libre de violencia* all'interno dell'articolo 6 paragrafo VI⁵⁷⁶): “*todo acto u omisión intencional, por parte del personal de salud, que dañe, lastime o denigre a la mujer durante el embarazo y parto, así como la negligencia en su atención médica*”.

1.9. Cile

Il caso del Cile è estremamente particolare ed è per questo che è stato scelto di concedergli una posizione conclusiva in questo capitolo.

Nonostante attualmente manchi di una legislazione interna che penalizzi la violenza ginecologica e ostetrica, a suo tempo aveva approvato la definizione di diritti riproduttivi della *Conferenza della Popolazione de Il Cairo* (1994) intesi come “diritti di base di coppie e individui a decidere liberamente e responsabilmente di *number, spacing and timing* dei figli e ad avere informazioni e mezzi per farlo, diritto al più

⁵⁷⁵ Congresso dello Stato di Guanajuato (Messico), *Ley de acceso de las mujeres a una vida libre de violencia para el Estado de Guanajuato*, Legge n. 95 del 26 novembre 2010, http://transparencia.guanajuato.gob.mx/bibliotecadigital/mot/FraccionI/SDSyH/Ley_de_Acceso_de_la_s_Mujeres_a_una_Vida_Libre_de_Violencia.pdf.

⁵⁷⁶ Congresso generale degli Stati Uniti Messicani, *Ley general de acceso de las mujeres a una vida libre de violencia*, Legge del 1° febbraio 2017, https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/209278/Ley_General_de_Acceso_de_las_Mujeres_a_una_Vida_Libre_de_Violencia.pdf.

altro standard di salute sessuale e riproduttiva e diritto a prendere decisioni senza soffrire di discriminazione, coercizione o violenza”⁵⁷⁷.

Nonostante ciò, non mancano sforzi nazionali attraverso politiche pubbliche (normative specifiche degli stabilimenti sanitari pubblici, manuali di allattamento, assistenza personalizzata al processo riproduttivo, guide di neonatologia, norme di regolamento della fertilità e corso ALARM per le emergenze ostetriche⁵⁷⁸), norme costituzionali e del Codice penale e leggi che, per la loro applicazione in ambito sanitario, possono fornire protezione e tutele alle donne in ambito riproduttivo.

A tal proposito è doveroso citare l’unica legge che fornisce alcune tutele dalla violenza ginecologica e ostetrica: si tratta della Legge n. 20.584 che *Regula los Derechos y Deberes que Tienen las Personas en Relación con Acciones Vinculadas a su Atención en Salud*, del 2012⁵⁷⁹. All’interno del testo legislativo leggiamo di alcuni diritti riconosciuti ai pazienti e, per alcuni riferimenti nel contenuto della legge, alle donne in stato di gravidanza e durante le fasi di travaglio, parto e post parto: diritto al trattamento dignitoso e rispettoso (art. 5) nel senso di rispetto del dolore, della vita privata e dell’onore; diritto all’accompagnamento (art. 6); diritto delle persone indigene a ricevere un’assistenza sanitaria culturalmente pertinente e in applicazione del modello interculturale accettato dalle stesse comunità e rispettoso delle conoscenze e delle pratiche sanitarie indigene (art. 7); diritto all’informazione su stato di salute e su trattamenti e alternative disponibili (artt. 8, 10); diritto all’autonomia e al consenso informato (art. 14), purtroppo non esplicitamente amministrato per l’ambito della salute riproduttiva. Non sono forniti inoltre meccanismi di garanzia per assicurare la riparazione alle vittime di violazione di tali diritti ma solo la possibilità di reclamo, eventuali azioni civili e penali, intervento degli organi di polizia o individuazione della responsabilità amministrativa per i soli funzionari pubblici (artt. 35, 37-38).

⁵⁷⁷ Instituto Nacional de Derechos Humanos de Chile, *Informe anual 2016*, 2016, p. 235, <https://bibliotecadigital.indh.cl/handle/123456789/998>.

⁵⁷⁸ M. J. ROJAS ROJAS, “La violencia obstétrica como violación de los derechos humano de las mujeres y su situación en Chile. El caso de Lorenza Cayuhán”, p. 52.

⁵⁷⁹ Ministero della Salute della Repubblica del Cile, *Ley 20584 – Regula los Derechos y Deberes que Tienen las Personas en Relación con Acciones Vinculadas a su Atención en Salud*, Legge n. 20.584 del 24 aprile 2012, <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1039348>.

Data l'assenza di una legislazione specifica, le vittime di violenza ginecologica e ostetrica hanno tre modalità per poter presentare una denuncia in Cile: intraprendere azioni legali per negligenza medica, denunciare presso la Sovrintendenza della Salute o inoltrare un reclamo nel centro di salute dove è avvenuto il fatto (dove non esistendo un iter ad hoc per la violenza ostetrica, questa viene trattata come violenza fisica o verbale⁵⁸⁰)⁵⁸¹. Si attesta, comunque, che molto raramente una di queste azioni risulti favorevole per le donne andando a individuare la responsabilità dei sanitari⁵⁸². Ciò accade poiché esiste socialmente un concetto egemonico di violenza per cui si tengono maggiormente in considerazione le pratiche di violenza che rappresentano un pericolo per l'ordine sociale stabilito⁵⁸³. Chiaramente questa forma mentis determina una doppia violazione: non solo quella delle garanzie individuali della donna ma anche di quelle processuali per la mancanza di protezione da parte del sistema giudiziario.

Tra gli sforzi nazionali individuiamo ancora cataloghi di raccomandazioni come il *Manual de atención personalizada en el proceso reproductivo* (2008) che incorpora le raccomandazioni dell'OMS al fine di recuperare gli aspetti fisiologici e sociali del parto e offrire attenzione personalizzata, rispettosa di diritti, valori, credenze e attitudini della donna e basata su evidenza scientifica⁵⁸⁴, o il Report del 2016 dell'Istituto nazionale di diritti umani in cui si denuncia la mancanza di una normativa sulla violenza ginecologica e ostetrica⁵⁸⁵. In particolare, all'interno di questo *Informe anual 2016* viene affermato che è stato riconosciuto dal Comitato delle Nazioni Unite contro la tortura che la pratica di estorcere una confessione su un aborto illegale da parte dei medici cileni come condizione per la prestazione di assistenza medica post-

⁵⁸⁰ Observatorio de Violencia Obstétrica de Chile (OVOCHILE), *Sí deseamos ser mencionados en el informe*, p. 3, <https://www.ohchr.org/Documents/Issues/Women/SR/ReproductiveHealthCare/Observatorio%20de%20Violencia%20Obst%C3%A9trica%20Chile%20.docx>.

⁵⁸¹ F. CUEVAS GALLEGOS, "Parir en Chile: violencia obstétrica y vulneración a los Derechos Humanos. Crítica a la ausencia de regulación en la ley chilena con perspectiva de género", p. 91.

⁵⁸² *Ibidem*.

⁵⁸³ *Ivi*, 92.

⁵⁸⁴ Ministero della Salute della Repubblica del Cile, *Manual de atención personalizada en el proceso reproductivo* del 2008, p. 16, https://diprece.minsal.cl/wrdprss_minsal/wp-content/uploads/2015/10/2008_Manual-de-Atencion-personalizada-del-Proceso-reproductivo.pdf.

⁵⁸⁵ Observatorio de Violencia Obstétrica de Chile (OVOCHILE), *Sí deseamos ser mencionados en el informe*, p. 1.

parto rappresenta una violazione dell'articolo 15 (impossibilità di invocare come elemento di prova una dichiarazione ottenuta mediante tortura) della *Convenzione contro la tortura e altre pene o trattamenti crudeli, inumani o degradanti* (1984)⁵⁸⁶.

A partire dall'anno precedente però sono iniziati anche sforzi parlamentari al fine di creare una legge che individuasse la violenza ginecologica e ostetrica come reato. Purtroppo, nessuna delle tre proposte di legge elaborate è mai arrivata a essere formalmente discussa in Parlamento, poiché mancava, soprattutto a livello di autorità sanitaria, la convinzione che questo tipo di violenza fosse reale: la si minimizzava come conseguenza dei buoni indicatori nazionali relativi ai tassi di mortalità materna e infantile⁵⁸⁷.

I tre progetti di legge sulla violenza ostetrica in Cile possono essere sintetizzati e confrontati come segue:

	N. 9902-1 (2015) ⁵⁸⁸	N. 11.549-11 (2017) ⁵⁸⁹	N. 12.148-11 (2018) ⁵⁹⁰
Oggetto della legge	(art. 1) Stabilire, garantire e promuovere i diritti delle donne nel momento in cui sono sottoposte a procedimenti ginecologici o durante travaglio, parto e post-parto con il fine di proteggere la loro integrità fisica e psichica ed eradicare e sanzionare qualsiasi manifestazione di violenza ginecologica e ostetrica che alteri quelle condizioni che	---	(art. 1) Regolare, garantire e promuovere i diritti della donna, del neonato e della coppia nell'ambito di gestazione, preparto, parto, post-parto e aborto e della salute sessuale e ginecologica.

⁵⁸⁶ Instituto Nacional de Derechos Humanos de Chile, *Informe anual 2016*, p. 232.

⁵⁸⁷ Observatorio de Violencia Obstétrica de Chile (OVOCHILE), *Sí deseamos ser mencionados en el informe*, p. 2.

⁵⁸⁸ Camera dei Deputati della Repubblica del Cile, *Proyecto de ley que establece los Derechos de la Mujer Embarazada en relación con su atención antes, durante y después del parto, y modifica el Código penal para sancionar la violencia obstétrica*, Bollettino n. 9902-11 di marzo 2015, <https://www.camara.cl/verDoc.aspx?prmID=10121&prmTIPO=INICIATIVA>.

⁵⁸⁹ Camera dei deputati della Repubblica del Cile, *Proyecto de ley que Modifica la ley N°20.584, que Regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud, para garantizar los derechos del neonato y de las mujeres durante la gestación, el parto y postparto*, Bollettino n. 11.549-11 del 21 dicembre 2017, <https://www.camara.cl/verDoc.aspx?prmTIPO=DOCUMENTOCOMUNICACIONCUENTA&prmID=63744>.

⁵⁹⁰ Camera dei Deputati della Repubblica del Cile, *Proyecto de ley que establece derechos en el ámbito de la gestación, preparto, parto, postparto, aborto, salud ginecológica y sexual, y sanciona la violencia gineco-obstétrica*, Bollettino n. 12.148-11 del 10 ottobre 2018, https://www.senado.cl/appsenado/index.php?mo=tramitacion&ac=getDocto&iddocto=12670&tipodoc=mensaje_mocion.

	devono essere assicurate al momento di essere esaminate o di partorire.		
Diritti della donna in stato di gravidanza	<p>(art. 2)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Trattamento rispettoso e garanzia di intimità. • Informazioni al fine di scegliere liberamente tra le alternative esistenti. • Essere considerata sana per facilitare la partecipazione attiva al parto. • Parto naturale, evitando pratiche invasive e somministrazione ingiustificata di medicinali. • Informazioni sull'evoluzione del parto e sullo stato di salute del feto. • Accompagnamento da parte di una persona scelta e di fiducia. • Ospedalizzazione congiunta con il neonato. 	<p>(art. 1)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Informazioni sui diversi interventi medici che potrebbero avere luogo e sui loro rischi e sulle loro conseguenze al fine di decidere liberamente. • Trattamento rispettoso, individuale e personalizzato e garanzia di intimità. • Essere considerata sana e protagonista del parto. • Parto naturale, rispettoso dei tempi biologici e psicologici, evitando pratiche invasive e somministrazione di medicinali non giustificati dallo stato di salute di partoriente e feto. • Informazioni sull'evoluzione del parto, sullo stato di salute del neonato e sulle azioni dei sanitari. • Divieto di esami o interventi con scopo di investigazione o insegnamento senza consenso espresso e manifestato per iscritto. • Accompagnamento da parte di una persona scelta e di fiducia. • Ospedalizzazione congiunta con il neonato. • Informazioni sui benefici dell'allattamento. • Informazioni sulla cura di sé stessa e del figlio. 	<p>(art. 2)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Trattamento dignitoso come divieto di maltrattamento o aggressione psicologica, fisica o sessuale. • Autonomia come rispetto del consenso espresso. • Privacy dell'ambiente e confidenzialità delle informazioni contenute nella cartella clinica. • Tenere in considerazione la multiculturalità. <p>(art. 8)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Attenzione continua e personalizzata. • Informazione sui tassi di ricorso a parto cesareo al posto del vaginale, a ossitocina, a episiotomia e ad allattamento post-dimissione e sui tassi di parto distocico. • Informazione sui diversi interventi medici che potrebbero aver luogo al fine di decidere liberamente. • Informazioni su stato ed evoluzione del parto e sullo stato di salute del feto. • Ruolo attivo e da protagonista. • Trattamento rispettoso, individuale e personalizzato e garanzia di intimità. • Accompagnamento da parte di una persona scelta e di fiducia. • Parto vaginale rispettoso dei tempi biologici e psicologici, evitando interventi routinari e somministrazione di

		<ul style="list-style-type: none"> • Libera scelta sul luogo del parto. • Redazione di un piano parto. 	<p>medicinali non giustificati dallo stato di salute della donna o dall'evoluzione del parto.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Libertà di movimento e di posizione durante il parto. • Libertà di consumo di alimenti e liquidi. • Evitare cesareo se esistono condizioni per realizzare il vaginale e se manca il consenso volontario, espresso e informato. • Ospedalizzazione congiunta con il figlio, in particolare nelle prime due ore di vita del neonato, salvo rischio vitale per sé stessa o per il figlio. • Libertà di disporre della placenta. • Assistenza opportuna ed efficace in caso di emergenza ostetrica. • Per le detenute: evitare limitazioni fisiche o presenza del personale di polizia penitenziaria durante il parto.
Definizione di violenza ostetrica	(art. 4) <i>“[a]quella que se ejerce contra la mujer, por el personal de salud que, la evalúe ginecológicamente o bien de manera obstétrica asistiéndola en el parto, y que se expresa en un trato deshumanizado, en un abuso de medicación y patologización innecesaria de los procesos naturales, que trae como consecuencia para la mujer y en especial la mujer embarazada, la pérdida de su autonomía, y la capacidad de decidir libremente sobre su cuerpo, su sexualidad y</i>	(art. 5) <i>“[t]oda acción u omisión por parte de los equipos de salud, por medio de los cuales se ejerza maltrato sobre el cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres, ya sea de manera directa o indirecta, tanto física como psicológica, incluyendo cualquier abuso de medicalización, patologización de los procesos naturales durante el trabajo de parto, parto y postparto. Estas conductas se entienden constitutivas de un trato cruel, inhumano, degradante e intimidante, que junto con cualquier tipo</i>	(art. 3) <i>“[t]odo maltrato o agresión psicológica, física o sexual, omisión o negación injustificada que suceda durante la atención de la gestación, preparto, parto, postparto, aborto, en las causales establecidas por la ley, y en el marco de la atención de la salud sexual y reproductiva de la mujer”</i>

	<i>reproducción, entre otras”</i>	<i>negligencia médica atenta contra la privacidad de las mujeres, trayendo consigo la pérdida de autonomía y menoscabando la capacidad de decidir de manera libre e informada respecto de sus procesos reproductivos y sexuales, impactando negativamente en la calidad de vida de las mujeres, y neonatos”</i>	
Atti che costituiscono violenza ostetrica	<p>(art. 5)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Non assistere opportunamente ed efficacemente le emergenze ginecologiche e ostetriche. • Alterare il processo naturale del parto, applicando tecniche di accelerazione non necessarie e senza consenso volontario e informato. • Praticare il cesareo quando esistono le condizioni per il naturale e se manca il consenso volontario e informato. • Ostacolare l’attaccamento del neonato alla madre senza giustificazione medica negandole la possibilità di conoscerlo, tenerlo in braccio e allattarlo immediatamente dopo la nascita. • Proferire insulti e realizzare maltrattamenti fisici o violenza psicologica. <p>(art. 6)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Azioni verso la donna non in stato di gravidanza (o in fase 	<p>(art. 5)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Beffe, insulti, minacce, qualsiasi tipo di violenza fisica o psicologica. • Insensibilità al dolore. • Omissione di attenzione opportuna nei confronti di un’emergenza ostetrica. • Manipolazione e occultamento di informazioni sollecitate da donna o parenti. • Utilizzo dei casi medici per fini didattici senza previa autorizzazione e consenso scritto e informato. • Abuso o negazione di medicazione sollecitata o richiesta. • Obbligare a partorire in una posizione che limita il movimento, essere legata o altro senza giustificazione o consenso. • Accelerazione farmacologica del parto a basso rischio e uso di metodi aggressivi come manovra di Kristeller o 	<p>(art. 4)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Negligenza, beffe, abuso, insulti, minacce, maltrattamenti, coercizione, violenza fisica o psicologica. • Insensibilità al dolore o alla malattia. • Omissione o ritardo dell’assistenza in caso di emergenza ginecologico-ostetrica. • Manipolazione o occultamento di informazioni, sollecitate dalla donna o dai suoi parenti, riguardanti la sua salute. • Utilizzo del caso clinico nelle attività di insegnamento e di ricerca senza consenso. • Abuso o rifiuto di farmaci quando sollecitati o richiesti, a meno che questi non aumentino i rischi materni e perinatali, dei quali si dovrebbe debitamente informare la partoriente. • Per le detenute: costringere a partorire in una posizione che limita il movimento, essere legata o altro, senza giustificazione o consenso.

	<p>post-aborto) nel contesto dell'assistenza ginecologica o ostetrica che producono vessazioni e perdita di autostima e della capacità di decidere liberamente sul proprio corpo, sulla propria sessualità e sulla propria futura riproduzione</p>	<p>Hamilton, tocchi vaginali, rotture routinarie di membrane ed episiotomia routinaria o altre pratiche senza giustificazione medica né consenso.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Interruzione della gestazione e sterilizzazione forzate realizzate senza giustificazione medica. 	<ul style="list-style-type: none"> • Accelerazione del parto a basso rischio, uso di metodi aggressivi come la manovra di Kristeller, episiotomia routinaria, ecc., senza giustificazione medica né consenso della donna. • Pratiche e procedure potenzialmente dannose, prive di giustificazione scientifica, per un loro uso routinario o frequente nei casi di parti normali. • Interruzione della gravidanza o sterilizzazione forzate, eseguite senza giustificazione medica. • Ostacoli all'accesso alla contraccezione, alla sterilizzazione chirurgica volontaria e alla fornitura di contraccezione d'emergenza a causa di età, sesso, etnia, orientamento sessuale, numero di figli o altri motivi diversi dall'espressa volontà della donna. • Ritardo ingiustificato o omissione dell'assistenza sanitaria con conseguente morte gestazionale e perinatale. • Ritardo ingiustificato o mancata assistenza nell'ambito dell'interruzione volontaria e legale della gravidanza, come regolato dalla Legge n. 21.030, che determina la depenalizzazione dell'interruzione volontaria della gravidanza per casi
--	--	--	---

			speciali. <ul style="list-style-type: none"> • Mancato rispetto delle tradizioni culturali. • Mancato rispetto del consenso e dell'autonomia di una bambina o di una adolescente che è in fase di travaglio, parto, post-partum o aborto. • Mancato rispetto del consenso e dell'autonomia delle donne con disabilità in ambito di parto e aborto.
Altre tipologie di diritti tutelati	(art. 7, diritti del padre)	(art. 3, diritti del neonato) (art. 4, diritti dell'accompagnatore significativo)	(art. 9, diritti delle persone recentemente nate) (art. 10, diritti del padre, della madre, del partner e/o accompagnatore significativo)
Infrazione della legge	(artt. 10, 13-14) Responsabilità civile e penale.	Non sono stabilite sanzioni esplicite ma dato che queste norme sono incorporate nella Legge n. 20.584, verrà applicato loro il quadro sanzionatorio di quest'ultima.	(art. 15) Responsabilità azionabile attraverso reclamo secondo l'articolo 37 della Legge n. 20.584.

È notizia recente (gennaio 2022) che OVOCHILE (*Observatorio de Violencia Obstétrica de Chile*) e ASOMAT (*Asociación Nacional de Matronas y Matrones de Chile*) hanno presentato congiuntamente una nuova proposta di legge presso il Congresso per riformare l'attuale Codice Sanitario e creare una *Legge sulla Salute Sessuale e Riproduttiva con messa a fuoco sui Diritti*⁵⁹¹.

1.9.1. Case Study: Cayuhán c. Cile (2016)

Cayuhán c. Cile del 2016 è un caso assolutamente decisivo per la tutela delle donne cilene in ambito riproduttivo e per tutta la giustizia nazionale: si tratta del primo caso

⁵⁹¹ Observatorio de Violencia Obstétrica de Chile (OVOCHILE), "Se presenta norma constitucional 'Ley de Salud Sexual y Reproductiva con enfoque de Derechos'", 10 gennaio 2022, <http://ovochile.cl/noticias/se-presenta-norma-constitucional-ley-de-salud-sexual-y-reproductiva-con-enfoque-de-derechos/>.

giudiziario cileno in cui la violenza ostetrica non viene trattata come negligenza medica, lesioni o infrazioni amministrative ma come violazione dei diritti umani⁵⁹².

Il 7 ottobre 2016 nel Centro di detenzione preventiva di Aranco la detenuta in stato di gravidanza Lorenza Cayuhán Llebul, cilena appartenente al popolo mapuche e condannata a 5 anni di reclusione per reato di ricettazione e furto, avverte un malore⁵⁹³. È inizialmente ignorata da un paramedico del carcere, tant'è che non le viene effettuata alcuna visita, per essere poi trasferita in ospedale sei giorni dopo in manette e legata con una catena alla barella e successivamente al letto d'ospedale⁵⁹⁴.

Viene spogliata e visitata di fronte a una guardia di sesso maschile, che rifiuta poi di avvisare la famiglia della detenuta: è un medico a contattarla con il proprio cellulare⁵⁹⁵. Partorisce con la presenza della madre ma con catene alle caviglie e sotto lo sguardo della guardia, un'esperienza che descrive come una violazione della propria dignità⁵⁹⁶. In questo caso possono essere individuate quattro tipologie di discriminazione: genere (donna), condizione economica (non abbiente, in un caso di assistenza d'urgenza per feto prematuro in una clinica privata), indigena (i mapuche danno importanza alla nascita in comunità) e detenuta⁵⁹⁷.

A sostegno dell'individuazione delle violazioni possono essere citati due strumenti internazionali.

Le *Regole delle Nazioni Unite sullo standard minimo per il trattamento delle detenute*, anche dette *Regole di Bangkok*, del 2010 stabiliscono che solo il personale medico può essere presente durante la visita (regola 11, sezione 1) e che, se necessario, il personale penitenziario deve essere di sesso femminile e lo svolgimento della visita deve garantire il rispetto di vita privata, dignità e riservatezza (regola 11, sezione 2)⁵⁹⁸. In più, i mezzi di coercizione fisica non devono mai essere utilizzati su donne durante il travaglio, il parto o subito dopo il parto (regola 24, sezione 7, lettera C)⁵⁹⁹.

⁵⁹² ROJAS ROJAS M. J., “La violencia obstétrica como violación de los derechos humano de las mujeres y su situación en Chile. El caso de Lorenza Cayuhán”, in *Solonik* 3/2018, p. 56, http://www.fundacionhenrydunant.org/images/stories/Publicaciones_FunHD/Revista%20Solonik/Revista%20Solonik%20N%C2%B03%20Julio%202018.pdf#page=49.

⁵⁹³ *Ivi*, 46, 53.

⁵⁹⁴ *Ivi*, 46.

⁵⁹⁵ *Ibidem*.

⁵⁹⁶ *Ivi*, 47.

⁵⁹⁷ *Ivi*, 53-54.

⁵⁹⁸ *Ivi*, 55.

⁵⁹⁹ *Ivi*, 54.

Sull'argomento si è espresso anche il *Comitato europeo per la prevenzione della tortura e delle pene o trattamenti inumani o degradanti* dichiarando che i casi in cui donne gravide sono incatenate o legate a letto o ad altro mobilio durante esami ginecologici e/o parto sono qualificabili come trattamenti inumani e degradanti, secondo proprio le *Regole di Bangkok*⁶⁰⁰.

Dal caso si sono originate due azioni legali, una per la donna e una per sua figlia, Sayén Nahuelán Cayuhán, che purtroppo sono state entrambe respinte per motivi formali e in parte faziosi: per l'azione legale della madre si è individuata la perdita di opportunità di presentazione e per quella della neonata non si è individuato una privazione di libertà o un rischio alla sicurezza individuale⁶⁰¹.

Le conclusioni raggiunte dall'autrice e riguardanti il presente capitolo e i due precedenti saranno affrontati nelle prossime pagine, con il fine di sottolineare i risultati di questo lavoro sulle tematiche di diritti sessuali e riproduttivi e violenza ginecologica e ostetrica e con l'intento di delinearne dei risvolti speranzosi per il futuro.

⁶⁰⁰ *Ivi*, 55.

⁶⁰¹ *Ivi*, 56-57.

Conclusione

La tematica affrontata, non volendo peccare definendola semplicisticamente, rappresenta una forma di malasanità che dimostra come persistano servizi sanitari incapaci di proteggere le donne e che individuano in questo sesso le loro vittime abituali: è da questi assunti che partono le previsioni legislative. Un'assenza di tutela incorre fatalmente nella violazione di diritti umani e nel fallimento dei *duty-bearer* (gli Stati) nei riguardi degli obblighi di rispetto, protezione e realizzazione. Queste violenze attecchiscono nel terreno fertile rappresentato dalla società patriarcale, nella quale la devalorizzazione della donna si mescola all'imposizione del ruolo riproduttivo di moglie e madre. Le sue cause non sono quindi da ricercare esclusivamente nel rapporto medico-paziente ma nelle dimensioni strutturali e di genere in cui viviamo. Infatti, la violenza ginecologica e ostetrica è una forma di violenza contro la donna in quanto è basata sul genere, in ambito privato e pubblico, che ha come risultato il procurare un danno, di diversa natura, alla donna e che riflette l'asimmetria esistente nelle relazioni di potere tra uomini e donne perpetuando la subordinazione e la devalorizzazione di quest'ultima.

Il lavoro ha tentato di fare il punto della situazione sul livello di riconoscimento e di tutela dei diritti sessuali e riproduttivi e di denuncia e protezione dalla violenza ginecologica e ostetrica.

L'autrice tiene a sottolineare dapprima alcune mancanze sollevate dalla lettura e analisi dei vari documenti e strumenti. Appare quanto meno deludente che l'Organizzazione mondiale della Sanità non abbia ancora adottato la dicitura "violenza ginecologica e ostetrica" ma si limiti a parlare di "mancanza di rispetto e maltrattamento durante l'attenzione al parto" delineando gli ostacoli che impediscono l'"esperienza positiva del parto". Di contro, estremamente positiva la presa di posizione delle Nazioni Unite tanto nell'"ufficializzare" l'esistenza di questa forma di violenza, definendola e tipizzandola, quanto nell'individuare le conseguenze che la pandemia da COVID-19 ha avuto sull'accesso ai servizi di salute sessuale e riproduttiva. I divieti di mobilità hanno reso inaccessibili non solo i servizi neonatali ma anche quelli di diagnosi e trattamenti per malattie sessualmente trasmissibili e

tumori dell'apparato riproduttore. Il blocco delle catene di approvvigionamento ha determinato l'esaurimento delle scorte e la situazione di precarietà, anche finanziaria, ha influenzato sia le decisioni riguardanti *number, spacing e timing*, sia le gravidanze indesiderate per la mancanza di contraccettivi. In più, molti Stati hanno utilizzato il pretesto di dover reindirizzare lo sforzo sanitario alla lotta contro il virus e la situazione di emergenza per compiere pericolosi passi indietro rispetto al diritto all'aborto.

Risulta poi urgente sollecitare gli Stati alla previsione di legislazioni ad hoc, date le poche adozioni interne che hanno caratterizzato solo una parte del "Nuovo Mondo". L'autrice delinea la necessità di colmare le lacune nelle legislazioni e nelle poche leggi esistenti in merito alla predisposizione di sanzioni specifiche. Se è vero che si tratta di atti che già figurano come azioni delittuose (intimidazione, ricatto, persecuzione, molestia, sfruttamento, lesioni personali, ...), sorge la necessità di inquadrarle con norme distinte per dare rilevanza all'ambito in cui queste vengono perpetuate: il contesto sanitario e in particolare riproduttivo, nel senso di luoghi e personale che avrebbero per definizione il fine di tutelare la salute e l'integrità della donna.

Una soluzione che potrebbe essere trovata a questa inerzia legislativa potrebbe essere rappresentata dalla creazione di una Convenzione (onusiana o a livello delle organizzazioni regionali) che includa nelle forme di violenza contro le donne anche la violenza ginecologica e ostetrica. Il condizionale è d'obbligo poiché sembra quanto meno improbabile che ciò accada: gli Stati sarebbero cauti nel riconoscere questa violenza istituzionale a causa del rischio di demonizzare un'intera categoria professionale. Se non si riuscisse quindi a riconoscere la violenza ginecologica e ostetrica, potrebbe essere almeno sufficiente tipizzare i diritti della partoriente che potrebbero fornire, almeno in parte, una protezione dalla violenza in ambito riproduttivo.

Il piano regionale europeo ha sicuramente presentato una maggiore complessità giuridica suscitando però anche un grande entusiasmo per un'apertura, quanto meno comunitaria, alla tematica dei diritti sessuali e riproduttivi e per il riconoscimento, in coda alle Nazioni Unite, della violenza ginecologica e ostetrica. Tale complessità giuridica è stata rappresentata dall'analisi della dottrina della Corte europea dei diritti dell'uomo in merito ai "diritti riproduttivi". Notiamo che la giurisprudenza riguardante

tali diritti è stata resa possibile effettuando un ampliamento del campo di applicazione dell'articolo 8 (diritto al rispetto della vita privata e familiare) che è andato a inglobare anche le violazioni in ambito riproduttivo. La Corte però non si è mai riferita alle violazioni riscontrate come violenza ginecologica e ostetrica rinsaldando contemporaneamente l'idea che le situazioni condannate dovessero rimanere nella sfera privata della donna, come appunto recita lo stesso articolo 8. Ciò ha fatto sì che non ci fosse una reale richiesta di cambiamenti sociali o istituzionali ma un timido invito a dotarsi di leggi che meglio regolassero alcuni ambiti.

Tale ricostruzione giurisprudenziale ha messo in luce molte opportunità mancate da parte della Corte di modificare la narrativa prevalente. Pur sottolineando l'importanza del consenso (*Konovalova c. Russia*, 2015) e condannando negligenza medica (*Csoma c. Romania*, 2013 e *A.K. c. Lettonia*, 2014), privazione della libertà (*Hanzelkovi c. Repubblica Ceca*, 2014) ed esami ginecologici forzati (*Y.F. c. Turchia*, 2003; *Juhnke c. Turchia*, 2008; *Yazgül Yilmaz c. Turchia*, 2011), la Corte continua a sostenere l'equiparazione del parto a una procedura medica. Ciò non solo contribuisce a determinare cosa una donna può o meno fare con il suo corpo ma rafforza anche il significato culturale e sociale che è stato assegnato alle sue funzioni biologiche. Inoltre, nel caso particolare degli esami ginecologici praticati dalla Turchia la Corte appoggia il ricorso a questi con lo scopo di tutelare le forze di sicurezza da false accuse di molestie sessuali, rinsaldando l'idea della "donna bugiarda" e mettendo in discussione le terribili esperienze di tante donne. Osservando alcune questioni più delicate come il ricorso all'aborto terapeutico vediamo che questo è stato trattato dalla Corte come una questione procedurale e non come elemento fondamentale per la dignità della donna (*Tysiqc c. Polonia*, 2007; *A, B e C c. Irlanda*, 2010; *R.R. c. Polonia*, 2011; *P.S. c. Polonia*, 2012). Ancora, per il parto in casa è stata ignorata l'essenzialità dell'autonomia di scelta (diritto di scegliere le circostanze in cui dare alla luce e rispetto dei desideri della partoriente) trattando la faccenda come preferenza di genere e questione di sicurezza medica (*Ternovszky c. Ungheria*, 2010 – *revirement* successivo; *Dubská e Krejzova c. Repubblica Ceca*, 2014; *Pojatina c. Croazia*, 2018; *Kosaitė-Čypienė e altri c. Lituania*, 2019). Su questioni ancora più sensibili quali la riproduzione assistita (donazione di ovuli e sperma) e la maternità surrogata, la Corte da una parte ha aggirato la complessità etica di tali processi concedendo un margine di

apprezzamento ampio agli Stati (*S.H. e altri c. Austria*, 2011 e *Paradiso e Campanelli c. Italia*, 2015), riservandosi dall'altra, comunque e per fortuna, di tutelare i ricorrenti da interferenze nelle loro scelte di vita fondamentali (*Dickson c. Regno Unito*, 2007), nella loro identità (*Menesson c. Francia*, 2014) e dall'ambiguità legislativa (*Costa e Pavan c. Italia*, 2012). In linea con queste pratiche, sul destino degli embrioni si è trovata a entrare nel merito di tre questioni molto diverse: impianto senza consenso del partner (*Evans c. Regno Unito*, 2007), donazione alla ricerca scientifica (*Parrillo c. Italia*, 2015) e prelevamento dalla clinica (*Knecht c. Romania*, 2013), potendosi porre dalla parte della ricorrente solo nell'ultimo caso (riconoscendone il diritto a diventare genitore), avendo dovuto sostenere negli altri due casi l'importanza del consenso e il rischio di utilizzo improprio di alcune procedure altamente tecniche. Invece, nel caso della sterilizzazione forzata, pur facendo passi avanti nell'ambito del riconoscimento legale del sesso preservando l'integrità fisica dal requisito di infertilità/sterilizzazione e producendo le prime sentenze in materia di comunità LGBT+ (*A.P., Garçon e Nicot c. Francia*, 2017 e *Y.Y. c. Turchia*, 2015), i giudici hanno ignorato completamente l'elemento discriminatorio intersezionale di tale pratica in relazione alle donne di etnia rom, addirittura perpetuata in più occasioni da uno stesso Stato, (*V.C. c. Slovacchia*, 2011; *N.B. c. Slovacchia*, 2012 e *I.G. e altri c. Slovacchia*, 2013). Riprendendo quanto detto precedentemente, bisogna prestare attenzione all'apertura della Corte ai diritti della comunità LGBT+, poiché la prima, pur tutelando l'integrità fisica di queste persone, sostiene ancora la richiesta di fornire testimonianze mediche a comprovare l'esistenza della "sindrome della transessualità". Infine, risulta integrata nell'interpretazione di libertà da violenza e discriminazione dei diritti sessuali e riproduttivi la previsione all'interno di questa giurisprudenza di un caso di violenza domestica (*Opuz c. Turchia*, 2009).

Probabilmente adottare un linguaggio più incentrato sui diritti delle donne porterebbe a sottolineare l'esistenza di una discriminazione strutturale sottostante ai divieti di aborto e parto in casa, alla violenza domestica e alla sterilizzazione forzata.

Affrontare questo tema ha naturalmente riservato delle sorprese quali l'ampiezza della tematica e della sua trattazione e tipizzazione e la mancanza di tutele più stringenti a livello europeo. Forse ciò che ha rappresentato maggiormente una delusione è stato scoprire con quale inerzia si è mossa l'Europa. Sono recentissimi i rapporti e le

risoluzioni di Consiglio d'Europa e Unione europea, ciò vuol dire che fino al 2019-2021 la tutela delle cittadine europee si è poggiata sul potere delle sentenze, che, pur potendo scoraggiare da determinati atti, non rappresenta che una risposta successiva alla violenza con scarsa e indeterminata funzione preventiva nel futuro.

Quando nascerà quella sensibilità che porterà al riconoscimento del problema come attuale ed esteso? Quanto ancora la salute sessuale e riproduttiva e i relativi diritti delle donne dovranno dipendere dalla giustizia e dalla giurisprudenza? Quanto ancora preferiremo il porre rimedio al prevenire?

Nel momento in cui si termina di scrivere, se sembra che si stiano compiendo dei piccoli passi in ambito di salute sessuale e riproduttiva e relativi diritti, sintomatica è la recente approvazione del congedo mestruale (tre giorni al mese) in Spagna, le barriere legali che si continuano ad alzare sul tema dell'aborto negli Stati Uniti e in Europa (pensiamo alle rifugiate ucraine in Polonia che si vedono negato l'aborto a seguito di stupri da parte dei soldati russi) rendono amara ogni altra conquista.

Bibliografia

“Violenza ostetrica e ginecologica. Consiglio d’Europa approva risoluzione. Previste sanzioni contro il personale sanitario”, in *Quotidianosanità.it*, 7 ottobre 2019. http://www.quotidianosanita.it/lavoro-e-professioni/articolo.php?articolo_id=77539.

A., *Rights-Based, Integrated Maternal Health*, 23 gennaio 2020, <https://srhrforall.org/download/rights-based-integrated-maternal-health/?wpdmdl=1530&refresh=604cd3541c55b1615647572>.

AFAR, CIANE, *Bibliographie - Violence obstétricale*, marzo 2016, <https://ciane.net/wordpress/wp-content/uploads/2016/04/Bibliographie-violenceobs-2016.pdf>.

BELIZÁN J. M., CAFFERATA M. L., “The Right to Be Accompanied at Birth: New Laws in Argentina and Uruguay”, in *Reproductive Health Matters*, 13:26/2005, pp. 158-159, <https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1016/S0968-8080%2805%2926190-6?needAccess=true>.

BELLI L. F., “La violencia obstétrica: otra forma de violación a los derechos humanos”, in *Revista Redbioética/UNESCO*, 4,1(7)/2013, pp. 25-34, <https://ri.conicet.gov.ar/bitstream/handle/11336/12868/Art2-BelliR7.pdf?sequence=2&isAllowed=y>.

BOHREN M. A., VOGEL J. P., HUNTER E. C., LUTSIV O., MAKH S. K., SOUZA J. P., AGUIAR C., SARAIVA CONEGLIAN F., ARAÚJO DINIZ A. L., TUNÇALP Ö., JAVADI D., OLADAPO O. T., KHOSLA R., HINDIN V. J., GÜLMEZOĞLU A. M., “The Mistreatment of Women during Childbirth in Health Facilities Globally: A Mixed-Methods Systematic Review”, in *Plos Medicine*, 30 giugno 2015, <https://storage.googleapis.com/plos-corpus-prod/10.1371/journal.pmed.1001847/1/pmed.1001847.pdf>.

CAMPBELL C., “Medical Violence, Obstetric Racism, and the Limits of Informed Consent for Black Women”, in *Michigan Journal of Race and Law*, 26/2021, pp. 45-

75,

<https://repository.law.umich.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1367&context=mjrl>.

CORRAL-MANZANO G. M., “El derecho penal como medio de prevención de la violencia obstétrica en México. Resultados al 2018”, in *Musas*, 4(2)/2019, pp. 100-118, <https://revistes.ub.edu/index.php/MUSAS/article/view/vol4.num2.6>.

CUEVAS GALLEGOS F., “Parir en Chile: violencia obstétrica y vulneración a los Derechos Humanos. Crítica a la ausencia de regulación en la ley chilena con perspectiva de género”, in *Revista Némesis*, 14, pp. 88-111, http://revistanemesis.cl/wp-content/uploads/2018/08/4_PARIR-EN-CHILE.pdf.

DÍAZ GARCÍA L. I., FERNÁNDEZ M. Y., “Situación legislativa de la Violencia obstétrica en América latina: el caso de Venezuela, Argentina, México y Chile”, in *Revista de Derecho de la Pontificia Universidad Católica de Valparaíso*, 51/2018, pp. 123-143, https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0718-68512018000200123&script=sci_arttext.

El Parto es Nuestro, *Grupo de trabajo para la erradicación de la violencia obstétrica definición de violencia obstétrica*, 2014, https://www.elpartoesnuestro.es/sites/default/files/public/blog/20140616_VOMexico/comparativo_leyesvo.pdf.

FACCHINI A., “Violenza ostetrica: in Italia la denuncia 1 milione di donne”, in *Osservatorio diritti*, 9 Dicembre 2019, <https://www.osservatoriodiritti.it/2019/12/09/violenza-ostetrica/>.

GUILLEUX C., “Multiple and crossed discriminations”, Conferenza e simposio, in *Calenda*, 15 settembre 2015, <https://calenda.org/338928>.

HASTINGS M. B. (White Ribbon Alliance), *Dévoiler le manque de respect et les mauvais traitements autour de l'accouchement et la naissance - le mouvement de promotion du respect dans les soins de maternité (Notes d'orientation)*, settembre 2015, <https://www.whiteribbonalliance.org/wp-content/uploads/2017/11/Notes-d-orientation-de-voiler-le-manque-de-respect-et-les-mauvais-traitements-autour-de-l-accouchement-et-la-naissance.pdf>.

HERRERA VACAFLOR C. A., *Obstetric Violence in Argentina: a Study on the Legal Effects of Medical Guidelines and Statutory Obligations for Improving the Quality of Maternal Health*, in Tesi di Master of Laws dell'Università di Toronto, 2015, https://tspace.library.utoronto.ca/bitstream/1807/70430/1/Herrera_Vacaflor_Carlos_A_201511_LLM_thesis.pdf.

Human Rights in Childbirth, *Written Response to: Call for Submissions issued on UNHCHR website: Mistreatment and violence against women during reproductive health care, with a focus on childbirth* del 17 maggio 2019, <https://www.ohchr.org/Documents/Issues/Women/SR/ReproductiveHealthCare/Human%20Rights%20in%20Childbirth.pdf>.

Instituto de las Mujeres, “Más de treinta organizaciones comparten la necesidad de modificar la Ley de Salud Sexual y Reproductiva e Interrupción voluntaria del embarazo”, 13 julio 2021, <https://www.inmujeres.gob.es/actualidad/noticias/2021/JULIO/EncuentrosSaludSexualyReproductiva.htm>.

JASSOGNE P., *Les violences gynécologiques et obstétricales: médecine et droit sous le prisme du genre*, Facoltà di diritto e di criminologia dell'Università cattolica di Louvain, 2020, <https://dial.uclouvain.be/memoire/ucl/object/thesis:26508>.

JENKINS E., *Parir en oscuridad. Violencia obstétrica: Una violación a los derechos humanos de las mujeres*, https://www.scjn.gob.mx/sites/default/files/igualdad-genero/2019-11/1er_LUGAR_ENSAYO_639_parir-en-oscuridad.pdf.

JEREZ C. M., *Partos 'humanizados', clase y género en la crítica a la violencia hacia las mujeres en los partos*, Tesi triennale in Scienze antropologiche dell'Università di Buenos Aires, maggio 2015, <http://antropologia.filo.uba.ar/sites/antropologia.filo.uba.ar/files/documentos/Jerez%20-%20Tesis.pdf>.

KHOSLA R., ZAMPAS C., VOGEL J. P., BOHREN M. A., ROSEMAN M., ERDMAN J. N., “International Human Rights and the Mistreatment of Women During Childbirth”, in *Health and Human Rights Journal*, 18(2)/2016, pp. 131-143, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5394989/pdf/hhr-18-131.pdf>.

KUKURA E., “Obstetric Violence”, in *Georgetown Law Journal*, 106/2018, pp. 721-801, <https://ssrn.com/abstract=3167375>.

LAVENDER T., BEDWELL C., KASENGELE C. T., et al., “Respectful care an added extra: a grounded theory study exploring intrapartum experiences in Zambia and Tanzania”, in *BMJ Global Health*, 2021, pp. 1-10, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8094336/pdf/bmjgh-2020-004725.pdf>.

LAVRYSEN L., “Dubská and Krejzová v. Czech Republic: a ‘negative’ or ‘positive’ right to give birth at home?”, in *Strasbourg Observers*, febbraio-maggio 2015, <https://strasbourgobservers.com/2015/02/02/dubska-and-krejzova-v-czech-republic-a-negative-or-positive-right-to-give-birth-at-home/>.

LÉVESQUE S., BERGERON M., FONTAINE L., ROUSSEAU C., “La violence obstétricale dans les soins de santé: une analyse conceptuelle”, in *Recherches féministes*, 31(1)/2018, pp. 219–238, <https://www.erudit.org/fr/revues/rf/2018-v31-n1-rf03912/1050662ar.pdf>.

LOKUGAMAGE, A.U., PATHBERIYA, S.D.C., “Human rights in childbirth, narratives and restorative justice: a review”, in *Reprod Health*, 14:17/2017, <https://reproductive-health-journal.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12978-016-0264-3.pdf>.

LOMBARDI L., “Interazioni in sala parto. Le parole della medicalizzazione”, in *ingenera*, 20 aprile 2015, <https://www.ingenere.it/articoli/interazioni-sala-parto-parole-medicalizzazione>.

MCCARTNEY C., “Childbirth Rights: Legal Uncertainties under the European Convention after Ternovsky v. Hungary”, in *North Carolina Journal of International Law and Commercial Regulation*, 40(2)/2014, pp. 543-596, <https://scholarship.law.unc.edu/ncilj/vol40/iss2/6/>.

MEDETTI S., “Violenza ostetrica: cosa è e come rompere il silenzio”, in *D.it Repubblica*, 30 gennaio 2021, https://www.repubblica.it/moda-e-beauty/2021/01/30/news/violenza_ostetrica_e_ginecologica_legislazione_diritti_uma_ni-291299501/.

Observatorio de Violencia Obstétrica de Chile (OVOCHILE), “Se presenta norma constitucional ‘Ley de Salud Sexual y Reproductiva con enfoque de Derechos’”, 10 gennaio 2022, <http://ovochile.cl/noticias/se-presenta-norma-constitucional-ley-de-salud-sexual-y-reproductiva-con-enfoque-de-derechos/>.

Observatorio de Violencia Obstétrica de Chile (OVOCHILE), *Sí deseamos ser mencionados en el informe*, <https://www.ohchr.org/Documents/Issues/Women/SR/ReproductiveHealthCare/Observatorio%20de%20Violencia%20Obst%C3%A9trica%20Chile%20.docx>.

OJA L., YAMIN A. E., ““Woman” in the European human rights system: How is the reproductive rights jurisprudence of the European Court of Human Rights constructing narratives of women’s citizenship?”, in *Columbia Journal of Gender and Law*, 32(1)/2016, pp. 62-95, https://www.researchgate.net/publication/311602797_Woman_in_the_European_human_rights_system_How_is_the_reproductive_rights_jurisprudence_of_the_European_Court_of_Human_Rights_constructing_narratives_of_women's_citizenship.

PÉREZ D'GREGORIO R., “Obstetric violence: A new legal term introduced in Venezuela”, in *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 111/2010, pp. 201–202, <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1016/j.ijgo.2010.09.002>.

PERROTTE V., CHAUDHARY A., GOODMAN A., “‘At Least Your Baby Is Healthy’ Obstetric Violence or Disrespect and Abuse in Childbirth Occurrence Worldwide: A Literature Review”, in *Open Journal of Obstetrics and Gynecology*, 10/2020, pp. 1544-1562, https://www.scirp.org/pdf/ojog_2020111314360500.pdf.

PICKLES C., “Eliminating abusive ‘care’. A criminal law response to obstetric violence in South Africa”, in *SA Crime Quarterly*, 54/2015, pp. 5-16, <https://www.ajol.info/index.php/sacq/article/view/127746>.

POZZIO M. R., “La gineco-obstetricia en México: entre el “parto humanizado” y la violencia obstetrica”, in *Estudios Feministas*, 24(1)/2016, pp. 101-117, <https://www.redalyc.org/pdf/381/38143846007.pdf>.

PUSTORINO, P., *Lezioni di tutela internazionale dei diritti umani*. Seconda edizione, Cacucci Editore, Bari, 2020.

ROJAS ROJAS M. J., “La violencia obstétrica como violación de los derechos humano de las mujeres y su situación en Chile. El caso de Lorenza Cayuhán”, in *Solonik* 3/2018, pp. 45-61, http://www.fundacionhenrydunant.org/images/stories/Publicaciones_FunHD/Revista%20Solonik/Revista%20Solonik%20N%C2%B3%20Julio%202018.pdf#page=49.

SADLER M., SANTOS M. JDS, RUIZ-BERDÚN D., LEIVA ROJAS G., SKOKO E., GILLEN P., CLAUSEN J. A., “Moving beyond disrespect and abuse: addressing the structural dimensions of obstetric violence”, in *Reproductive Health Matters*, 24:47/2016, pp. 47-55, <https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1016/j.rhm.2016.04.002?needAccess=true>.

TAGLE M., *Iniciativa con Proyecto de decreto que reforma diversas disposiciones de la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, en materia de Violencia obstétrica del 27 maggio 2020*, http://sil.gobernacion.gob.mx/Archivos/Documentos/2020/05/asun_4041882_20200527_1590610024.pdf.

TORRES A., PAZ J., “Constitucionalidad del la Ley Orgánica Sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia”, 2007, pp. 23-34, <https://www.corteidh.or.cr/tablas/r31745.pdf>.

TUNÇALP Ö., WERE W. M., MACLENNAN C., OLADAPO O. T., GÜLMEZOĞLU A. M., BAHL R., DAELMANS B., MATHAI M., SAY L., KRISTENSEN F., TEMMERMAN M., BUSTREO F., A., “Quality of care for pregnant women and newborns - the WHO vision”, in *BJOG*, 122/2015, pp. 1045-1049, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5029576/pdf/BJO-122-1045.pdf>.

VAN DE GRAAF C., “Obstetric Violence and the European Court of Human Rights”, in *Human rights in Context*, 4 giugno 2021, <https://www.humanrightsincontext.be/post/obstetric-violence-and-the-european-court-of-human-rights>.

VAN LEEUWEN F., “The missing voice of pregnant women: third party interventions in the Dubska and Krejzova case”, in *Strasbourg Observers*, 23 novembre 2015,

<https://strasbourgobservers.com/2015/11/23/the-missing-voice-of-pregnant-women-third-party-interventions-in-the-dubaska-and-krejzova-case-2/>.

White Ribbon Alliance, *Le respect dans les soins de maternité: les droits universels des femmes lors de la période périnatale*, 2011, <https://www.whiteribbonalliance.org/wp-content/uploads/2017/11/RespectfulCareCharterFrench.pdf>.

WILLIAMS C., JEREZ C., KLEIN K., CORREA M., BELIZÁN J., CORMICK G., “Obstetric violence: A Latin American legal response to mistreatment during childbirth”, in *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 125(7)/2018, https://www.researchgate.net/publication/324958987_Obstetric_violence_A_Latin_American_legal_response_to_mistreatment_during_childbirth.

ZAMPAS C., AMIN A., O’HANLON L., BJERREGAARD A., MEHRTASH H., KHOSLA R., TUNÇALP Ö., “Operationalizing a Human Rights-Based Approach to Address Mistreatment against Women during Childbirth”, in *Health and Human Rights Journal*, 22(1)/2020, pp. 251-264, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7348458/pdf/hhr-22-01-251.pdf>.

Documenti ufficiali

American people through the United States Agency for International Development (USAID), *Respectful Maternity Care - Country experiences (Survey Report)*, novembre 2012, https://cdn1.sph.harvard.edu/wp-content/uploads/sites/2413/2016/12/RMC-Survey-Report_0.pdf.

Assemblea Generale della Repubblica Orientale dell'Uruguay, *Defensa del derecho a la salud sexual y reproductiva*, Legge n. 18.426 del 1° dicembre 2008, https://www.mysu.org.uy/wp-content/uploads/2014/11/Ley_No_18-426-DSSRR.pdf.

Assemblea Generale della Repubblica Orientale dell'Uruguay, *Disponese que toda mujer durante el tiempo que dura el trabajo de parto, incluyendo el momento del nacimiento tendra derecho a estar acompañada de una persona de su confianza o en su defecto, a su libre eleccion de una especialmente entrenada para darle apoyo emocional*, Legge n. 17.386 del 23 agosto 2001, <https://www.ilo.org/dyn/travail/docs/396/Act%2017386%20of%2023%20August%202001.pdf>.

Assemblea Generale della Repubblica Orientale dell'Uruguay, *Violencia hacia las mujeres, basada en género*, Legge n. 19.580 del 1° dicembre 2017, https://oig.cepal.org/sites/default/files/2018_ury_ley19580.pdf.

Assemblea Generale delle Nazioni Unite, *Adoption d'une démarche fondée sur les droits de la personne dans la lutte contre les mauvais traitements et les violences infligés aux femmes dans les services de santé procréative, en particulier les violences commises pendant l'accouchement et les violences obstétricales – Note du Secrétaire général Dubravka Šimonović*, UN Doc. A/74/137 dell'11 luglio 2019, <https://undocs.org/pdf?symbol=fr/A/74/137>.

Assemblea Generale delle Nazioni Unite, *Implementation of General Assembly Resolution 60/251 of 15 March 2006 Entitled “Human Rights Council” - Report of the Special Rapporteur on Violence Against Women, its Causes and Consequences, Yakin Ertürk*, UN Doc. A/HRC/4/34 del 17 gennaio 2007, <https://undocs.org/A/HRC/4/34>.

Assemblea Generale delle Nazioni Unite, *Implementation of General Assembly Resolution 60/251 of 15 March 2006 Entitled “Human Rights Council” - Report of the Special Rapporteur on the Situation of Human Rights and Fundamental Freedoms of Indigenous People, Rodolfo Stavenhagen*, UN Doc. A/HRC/4/32 del 27 febbraio del 2007, <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G07/110/99/PDF/G0711099.pdf?OpenElement>.

Assemblea Generale delle Nazioni Unite, *Promotion and Protection of All Human Rights, Civil, Political, Economic, Social and Cultural Rights, Including the Right to Development - Report of the Special Rapporteur on Violence Against Women, its Causes and Consequences, Yakin Ertürk*, UN Doc. A/HCR/11/6 del 18 maggio 2009, <https://www2.ohchr.org/english/bodies/hrcouncil/docs/11session/a.hrc.11.6.pdf>.

Assemblea Generale delle Nazioni Unite, *Regole delle Nazioni Unite sullo standard minimo per il trattamento delle detenute (Regole di Bangkok)*, Risoluzione n. 65/229 del 21 dicembre 2010, https://www.unodc.org/documents/commissions/CCPCJ/Crime_Resolutions/2010-2019/2010/General_Assembly/A-RES-65-229.pdf.

Assemblea Generale delle Nazioni Unite, *Regole sullo standard minimo per il trattamento dei detenuti (Regole Nelson Mandela)*, Risoluzione n. 70/175 del 17 dicembre 2015, <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N15/443/41/PDF/N1544341.pdf?OpenElement>.

Assemblea Generale delle Nazioni Unite, *Report of the Special Rapporteur on torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment, Juan E. Méndez*, UN Doc. A/HRC/22/53 del 1° febbraio 2013, https://www.ohchr.org/documents/hrbodies/hrcouncil/regularsession/session22/a.hrc.22.53_english.pdf.

Assemblea Generale delle Nazioni Unite, *Report of the United Nations Special Rapporteur on the Right to Education*, UN Doc. A/65/162 del 23 luglio 2010, <https://digitallibrary.un.org/record/688657#record-files-collapse-header>.

Assemblea Generale delle Nazioni Unite, *Right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health*, UN Doc. A/66/254 del 3 agosto 2011, <https://undocs.org/pdf?symbol=en/A/66/254>.

Assemblea Generale delle Nazioni Unite, *Risoluzione adottata dall'Assemblea Generale il 25 settembre 2015 – Trasformare il nostro mondo: l'Agenda 2030 per lo Sviluppo Sostenibile*, UN Doc. A/RES/70/1 del 21 ottobre 2015, <https://unric.org/it/wp-content/uploads/sites/3/2019/11/Agenda-2030-Onu-italia.pdf>.

Assemblea Generale delle Nazioni Unite, *Sexual and Reproductive Health Rights: Challenges and Opportunities during the COVID-19 Pandemic – Report of the Special Rapporteur on the Right of Everyone to the Enjoyment of the Highest Attainable Standard of Physical and Mental Health, Tlaleng Mofokeng*, UN Doc. A/76/172 del 16 luglio 2021, <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N21/195/83/PDF/N2119583.pdf?OpenElement>.

Assemblea Generale delle Nazioni Unite, *Note by the Secretary-General: The Right of Everyone to the Enjoyment of the Highest Attainable Standard of Physical and Mental Health*, UN Doc. A/61/338 del 13 settembre 2006, <https://www.refworld.org/docid/45c30c160.html>.

Assemblea legislativa del Distretto Federale (Città del Messico), *Codigo Penal para el Distrito Federal* del 16 luglio del 2002, <https://www.congresocdmx.gob.mx/media/documentos/9cd0cdef5d5adba1c8e25b34751ccfdcca80e2c.pdf>.

Assemblea legislativa dello Stato libero associato di Porto Rico, *Ley de Acompañamiento durante el Trabajo de Parto, Nacimiento y Post-parto*, Legge n. 156 del 10 de agosto de 2006, https://mujer.pr.gov/OPM/Leyes_Reglamentos/Leyes%20Y%20Reglamentos/Ley%20de%20Acompa%C3%B1amiento%20durante%20el%20Trabajo%20de%20Parto,%20Nacimiento%20y%20Post-Parto.pdf.

Assemblea legislativa plurinazionale dello Stato Plurinazionale della Bolivia, *Ley integral para garantizar a las mujeres una vida libre de violencia*, Legge n. 348 del 9 marzo 2013, https://oig.cepal.org/sites/default/files/2013_bol_ley348.pdf.

Assemblea nazionale della Repubblica di Panama, *Ley N° 82 que adopta medidas de prevención contra la violencia en las mujeres y reforma el código penal para tipificar el femicidio y sancionar los hechos de violencia contra la mujer* del 24 ottobre 2013, in Gaceta Oficial Digital, Doc. n. 27403 del 25 ottobre 2013, <https://www.organojudicial.gob.pa/wp-content/uploads/2016/11/Ley-82-de-2013.pdf>.

Assemblea Nazionale della Repubblica di Venezuela, *Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia*, Legge n. 38.668 del 23 aprile 2007, https://venezuela.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Ley_mujer%20%281%29_0.pdf.

Camera dei deputati degli Stati Uniti Messicani, *Aprueban diputados reformas en materia de violencia obstétrica*, Nota n. 3783 del 28 novembre 2019, <http://www5.diputados.gob.mx/index.php/esl/Comunicacion/Agencia-de-Noticias/2019/Noviembre/28/3783-Aprueban-diputados-reformas-en-materia-de-violencia-obstetrica>.

Camera dei Deputati della Repubblica del Cile, *Proyecto de ley que establece derechos en el ámbito de la gestación, parto, postparto, aborto, salud ginecológica y sexual, y sanciona la violencia gineco-obstétrica*, Bollettino n. 12.148-11 del 10 ottobre 2018, https://www.senado.cl/appsenado/index.php?mo=tramitacion&ac=getDocto&iddocto=12670&tipodoc=mensaje_mocion.

Camera dei Deputati della Repubblica del Cile, *Proyecto de ley que establece los Derechos de la Mujer Embarazada en relación con su atención antes, durante y después del parto, y modifica el Código penal para sancionar la violencia obstétrica*, Bollettino n. 9902-11 di marzo 2015, <https://www.camara.cl/verDoc.aspx?prmID=10121&prmTIPO=INICIATIVA>.

Camera dei deputati della Repubblica del Cile, *Proyecto de ley que Modifica la ley N°20.584, que Regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud, para garantizar los derechos del neonato y de las mujeres durante la gestación, el parto y postparto*, Bollettino n. 11.549-11 del 21 dicembre 2017,

<https://www.camara.cl/verDoc.aspx?prmTIPO=DOCUMENTOCOMUNICACIONC UENTA&prmID=63744>.

Camera dei Deputati della Repubblica italiana, *Norme per la tutela dei diritti della partoriente e del neonato e per la promozione del parto fisiologico*, Proposta di legge dell'11 marzo 2016, https://www.camera.it/_dati/leg17/lavori/stampati/pdf/17PDL0039650.pdf.

Centro Democracia y Comunidad, *Violencia obstétrica: legislación extranjera y situación actual en Chile*, gennaio 2019, <https://www.senado.cl/appsenado/index.php?mo=transparencia&ac=doctoInformeAsesoría&id=9717>.

Comitato coordinatore internazionale delle Istituzioni nazionali per la promozione e la protezione dei diritti umani, *Dichiarazione e Programma d'azione di Amman* del 7 novembre 2012, <https://ganhri.org/wp-content/uploads/2020/01/Amman-PoA-FINAL-EN.pdf>.

Comitato delle Nazioni Unite contro la tortura, *General Comment No. 2: Implementation of Article 2 by States Parties*, UN Doc. CAT/C/GC/2 del 24 January 2008, <https://www.refworld.org/docid/47ac78ce2.html>.

Comitato delle Nazioni Unite sui diritti del fanciullo, *General Comment No. 3 (2003): HIV/AIDS and the Rights of the Child*, UN Doc. CRC/GC/2003/3 del 17 marzo 2003, <https://www.refworld.org/docid/4538834e15.html>.

Comitato delle Nazioni Unite sui diritti del fanciullo, *General Comment No. 4 (2003): Adolescent Health and Development in the Context of the Convention on the Rights of the Child*, UN Doc. CRC/GC/2003/4 del 1° luglio 2003, <https://www.refworld.org/docid/4538834f0.html>.

Comitato delle Nazioni Unite sui diritti del fanciullo, *General Comment No. 9 (2006): The Rights of Children with Disabilities*, UN Doc. CRC/C/GC/9 del 27 febbraio 2007, <https://www.refworld.org/docid/461b93f72.html>.

Comitato delle Nazioni Unite sui diritti del fanciullo, *General Recommendation No. 25: Gender Related Dimensions of Racial Discrimination* del 20 marzo 2000, http://peacewomen.org/sites/default/files/ohchr_generalrec25_march2000_0.pdf.

Comitato delle Nazioni Unite sui diritti economici, sociali e culturali, *General Comment No. 14: The Right to the Highest Attainable Standard of Health (Art. 12)*, UN Doc. E/C.12/2000/4 dell'11 agosto 2000, <https://www.refworld.org/pdfid/4538838d0.pdf>.

Comitato delle Nazioni Unite sui diritti economici, sociali e culturali, *General Comment No. 20: Non-Discrimination in Economic, Social and Cultural Rights (art. 2, para. 2, of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights)*, UN Doc. E/C.12/GC/20 del 2 luglio 2009, <https://www.refworld.org/docid/4a60961f2.html>.

Comitato delle Nazioni Unite sui diritti umani, *General Comment No. 19: Article 23 (The Family) Protection of the Family, the Right to Marriage and Equality of the Spouses* del 27 luglio 1990, <https://www.refworld.org/docid/45139bd74.html>.

Comitato delle Nazioni Unite sui diritti umani, *General Comment No. 28: Article 3 (The Equality of Rights Between Men and Women)*, UN Doc. CCPR/C/21/Rev.1/Add.10 del 29 marzo 2000, <https://www.refworld.org/docid/45139c9b4.html>.

Comitato delle Nazioni Unite sui diritti umani, *General Comment No. 36 on article 6 of the International Covenant on Civil and Political Rights, on the right to life*, UN Doc. CCPR/C/GC/36 del 30 ottobre 2018, https://tbinternet.ohchr.org/Treaties/CCPR/Shared%20Documents/1_Global/CCPR_C_GC_36_8785_E.pdf.

Comitato delle Nazioni Unite sui lavoratori migranti, *General Comment No. 1 on Migrant Domestic Workers*, UN Doc. CMW/C/GC/1 del 23 febbraio 2011, <https://www.refworld.org/docid/4ed3553e2.html>.

Comitato delle Nazioni Unite sull'eliminazione delle discriminazioni contro le donne, *A.S. v. Hungary*, Decisione n. CEDAW/C/36/D/4/2004 del 29 agosto 2006, https://www.escr-net.org/sites/default/files/CEDAW_Committee_Decision_0.pdf.

Comitato delle Nazioni Unite sull'eliminazione delle discriminazioni contro le donne, *de Silva Pimental c. Brasile*, Decisione n. CEDAW/C/49/D/17/2008 del 10 agosto 2011, <https://www2.ohchr.org/english/law/docs/CEDAW-C-49-D-17-2008.pdf>.

Comitato delle Nazioni Unite sull'eliminazione delle discriminazioni contro le donne, *General Recommendation No. 19: Violence against women*, UN Doc. A/47/38 del 1992 <https://www.legal-tools.org/doc/f8d998/pdf/&ved=2ahUKEwi4r8KY2dX>.

Comitato delle Nazioni Unite sull'eliminazione delle discriminazioni contro le donne, *General Recommendation No. 21: Equality in Marriage and Family Relations* del 1994, <https://www.refworld.org/docid/48abd52c0.html>.

Comitato delle Nazioni Unite sull'eliminazione delle discriminazioni contro le donne, *General Recommendation No. 24: Article 12 of the Convention (Women and Health)*, UN Doc. A/54/38/Rev.1, chap. I del 1999, https://tbinternet.ohchr.org/Treaties/CEDAW/Shared%20Documents/1_Global/INT_CEDAW_GEC_4738_E.pdf.

Comitato delle Nazioni Unite sull'eliminazione delle discriminazioni contro le donne, *General Recommendation No. 26 on women migrant workers*, UN Doc. CEDAW/C/2009/WP.1/R del 5 dicembre 2008, <https://www.refworld.org/docid/4a54bc33d.html>.

Comitato delle Nazioni Unite sull'eliminazione delle discriminazioni contro le donne, *General Recommendation No. 27 on Older Women and Protection of their Human Rights*, UN Doc. CEDAW/C/GC/27 del 16 dicembre 2010, <https://www.refworld.org/docid/4ed3528b2.html>.

Comitato delle Nazioni Unite sull'eliminazione delle discriminazioni contro le donne, *L.C. c. Peru*, Decisione n. CEDAW/C/50/D/22/2009 del 4 novembre 2011, https://www2.ohchr.org/english/law/docs/CEDAW-C-50-D-22-2009_en.pdf.

Comitato delle Nazioni Unite sull'eliminazione di tutte le forme di discriminazione razziale, *General Recommendation No. 25: Gender related dimensions of racial discrimination*, UN Doc. A/55/18 del 20 marzo 2000, http://peacewomen.org/sites/default/files/ohchr_generalrec25_march2000_0.pdf.

Comitato delle Nazioni Unite sui diritti civili e politici, *Case K.L. v. Peru*, Decisione n. CCPR/C/85/D/1153/2003 del 22 novembre del 2005, https://www.escri-net.org/sites/default/files/caselaw/decision_0.pdf.

Comitato internazionale di bioetica dell'UNESCO, *Dichiarazione universale sulla bioetica e i diritti umani* del 19 ottobre 2005.

Commissione de Igualdad de Género del Messico, *Dictamen conjunto de la Comisión de Género sobre la iniciativa con proyecto de decreto que adiciona el artículo 6 de la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, presentada por la Diputada Mildred Concepción Ávila Vera, Integrante del Grupo parlamentario de Morena, expediente 3016/5ª y la iniciativa con proyecto de decreto que reforma diversas disposiciones de las Leyes Generales de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, y de Salud, propuesta por la Diputada María Alemán Muñoz Castillo, del Grupo parlamentario del PRI, expediente 2741 del 29 novembre 2019*, http://sil.gobernacion.gob.mx/Archivos/Documentos/2019/11/asun_3971695_20191128_1574954107.pdf.

Commissione interamericana delle donne, Meccanismo di Follow-up della Convenzione di Belém do Pará (MESECVI), *Primer Informe Hemisférico sobre la Implementación de la Convención de Belém do Pará* del luglio 2008, <https://www.oas.org/es/mesecvi/docs/InformeHemisferico2008-SP.pdf>.

Commissione interamericana delle donne, Meccanismo di Follow-up della Convenzione di Belém do Pará (MESECVI), *Second Hemispheric Report on the Implementation of the Belém do Pará Convention* dell'aprile 2012, <https://www.oas.org/en/mesecvi/docs/mesecvi-segundoinformehemisferico-en.pdf>.

Commissione interamericana delle donne, Meccanismo di Follow-up della Convenzione di Belém do Pará (MESECVI), *Tercer Informe Hemisférico sobre la Implementación de la Convención de Belém do Pará* del 2017, <http://www.oas.org/en/mesecvi/docs/tercerinformehemisferico-es.pdf>.

Congresso dello Stato di Chiapas (Messico), *Ley de acceso de las mujeres a una vida libre de violencia en el Estado de Chiapas*, Legge n. 186 del 23 marzo 2009, <http://www.ordenjuridico.gob.mx/Documentos/Estatal/Chiapas/wo119513.pdf>.

Congresso dello Stato di Guanajuato (Messico), *Ley de acceso de las mujeres a una vida libre de violencia para el Estado de Guanajuato*, Legge n. 95 del 26 novembre 2010,

http://transparencia.guanajuato.gob.mx/bibliotecadigital/mot/FraccionI/SDSyH/Ley_de_Acceso_de_las_Mujeres_a_una_Vida_Libre_de_Violencia.pdf.

Congresso dello Stato Libero e Sovrano di Veracruz di Igancio de la Llave (Messico), *Ley de acceso de las mujeres a una vida libre de violencia para el Estado de Veracruz de Ignacio de la Llave*, Legge n. 235 del 25 febbraio 2008, <http://docs.mexico.justia.com.s3.amazonaws.com/estatales/veracruz/ley-numero-235-de-acceso-de-las-mujeres-a-una-vida-libre-de-violencia-para-el-estado-de-veracruz.pdf>.

Congresso di Città del Messico, *Ley de acceso de las mujeres a una vida libre de violencia del distrito federal*, Legge del 29 gennaio 2008, in *Gaceta Oficial del Distrito Federal*,

https://congresocdmx.gob.mx/archivos/transparencia/LEY_DE_ACCESO_DE_LAS_MUJERES_A_UNA_VIDA_LIBRE_DE_VIOLENCIA_DEL_DISTRITO_FEDERAL.pdf.

Congresso Generale degli Stati Uniti Messicani, *Ley general de acceso de las mujeres a una vida libre de violencia*, Legge del 1° febbraio 2017, https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/209278/Ley_General_de_Acceso_de_las_Mujeres_a_una_Vida_Libre_de_Violencia.pdf.

Congresso nazionale della Repubblica Argentina, *Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud*, Legge n. 26.529 del 21 ottobre 2009, <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/160000-164999/160432/texact.htm>.

Congresso nazionale della Repubblica dell'Ecuador, *Ley Organica de Salud*, Legge n. 67 del 22 dicembre 2006, <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2017/03/LEY-ORG%20NICA-DE-SALUD4.pdf>.

Consiglio d'Europa, Assemblea parlamentare, *Obstetrical and gynaecological violence*, Doc. 14495 del 26 gennaio 2018, [http://semantic-](http://semantic)

pace.net/tools/pdf.aspx?doc=aHR0cDovL2Fzc2VtYmx5LmNvZS5pbnQvbncveG1sL1hSZWYvWDJILURXLWV4dHIuYXNwP2ZpbGVpZD0yNDQ5MSZsYW5nPUVO&xsl=aHR0cDovL2Fzc2VtYmx5LmNvZS5pbnQvbncveG1sL3hzbC1mby9QZGYvWFJiZi1XRC1BVC1YTUwyUERGLnhzbA==&xsltparams=ZmlsZWlkPTI0NDkx.

Consiglio d'Europa, Assemblea parlamentare, *Obstetrical and gynaecological violence*, Doc. 14965 del 16 settembre 2019, <http://semantic-pace.net/tools/pdf.aspx?doc=aHR0cDovL2Fzc2VtYmx5LmNvZS5pbnQvbncveG1sL1hSZWYvWDJILURXLWV4dHIuYXNwP2ZpbGVpZD0yODEwOCZsYW5nPUVO&xsl=aHR0cDovL2Fzc2VtYmx5LmNvZS5pbnQvbncveG1sL3hzbC1mby9QZGYvWFJiZi1XRC1BVC1YTUwyUERGLnhzbA==&xsltparams=ZmlsZWlkPTI4MTA4>.

Consiglio d'Europa, Assemblea parlamentare, *Obstetrical and gynaecological violence*, Risoluzione n. 2306 del 3 ottobre 2019, <http://semantic-pace.net/tools/pdf.aspx?doc=aHR0cDovL2Fzc2VtYmx5LmNvZS5pbnQvbncveG1sL1hSZWYvWDJILURXLWV4dHIuYXNwP2ZpbGVpZD0yODIzNiZsYW5nPUVO&xsl=aHR0cDovL2Fzc2VtYmx5LmNvZS5pbnQvbncveG1sL3hzbC1mby9QZGYvWFJiZi1XRC1BVC1YTUwyUERGLnhzbA==&xsltparams=ZmlsZWlkPTI4MjM2>.

Consiglio d'Europa, *Carta sociale europea* del 18 ottobre 1961.

Consiglio d'Europa, *Convenzione europea per la salvaguardia dei diritti dell'uomo e delle libertà fondamentali* del 4 novembre 1950.

Consiglio d'Europa, *Convenzione sulla prevenzione e la lotta contro la violenza nei confronti delle donne e la violenza domestica* dell'11 maggio 2011.

Consiglio d'Europa, Corte europea dei diritti dell'uomo, *Guida all'articolo 8 della Convenzione europea sui diritti dell'uomo. Diritto al rispetto della vita privata e familiare, del domicilio e della corrispondenza*, aggiornata al 31 agosto 2018, https://www.echr.coe.int/Documents/Guide_Art_8_ITA.pdf.

Consiglio d'Europa, *Protocollo n. 7 alla Convenzione per la salvaguardia dei diritti dell'uomo e delle libertà fondamentali* del 22 novembre 1984.

Consiglio dei diritti umani delle Nazioni Unite, *Informe del Relator Especial sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos y degradantes, Sr. Juan Méndez*, UN Doc. A/HRC/22/53 del 2013, https://www.ohchr.org/documents/hrbodies/hrcouncil/regularsession/session22/a-hrc-22-53_sp.pdf.

Consiglio economico e sociale delle Nazioni Unite, *Girls' Right to Education - Report Submitted by the Special Rapporteur on the Right to Education, Mr. V. Muñoz Villalobos*, UN Doc. E/CN.4/2006/45 dell'8 febbraio 2006, <https://undocs.org/pdf?symbol=en/E/CN.4/2006/45>.

Consiglio economico e sociale delle Nazioni Unite, *Integration of the Human Rights of Women and the Gender Perspective: Violence against Women Intersections of Violence against Women and HIV/AIDS - Report of the Special Rapporteur on Violence Against Women, its Causes and Consequences, Yakin Ertürk*, UN Doc. E/CN.4/2005/72 del 17 gennaio 2005, <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G05/102/11/PDF/G0510211.pdf?OpenElement>.

Consiglio economico e sociale delle Nazioni Unite, *The right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health - Report of the Special Rapporteur, Paul Hunt*, UN Doc. E/CN.4/2004/49 del 16 febbraio 2004, <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G04/109/33/PDF/G0410933.pdf?OpenElement>.

Corte penale internazionale, *Statuto di Roma* del 17 luglio 1998.

Difensore del Popolo (Stato Plurinazionale della Bolivia), *Ley para garantizar a las mujeres una vida libre de violencia n° 348 en 43 preguntas y respuestas*, 2014, <https://www.defensoria.gob.bo/uploads/files/cartilla-ley-348-en-43-preguntas-y-respuestas.pdf>.

Fondo delle Nazioni Unite per la popolazione (UNFPA), *Dichiarazione e Programma d'azione del Cairo su popolazione e sviluppo* del 1994.

Generation Equality Forum, *Action Coalition on Bodily Autonomy and Sexual and Reproductive Health and Rights*, 2021,

https://forum.generationequality.org/sites/default/files/2021-03/SRHR_FINAL_VISUAL_EN.pdf.

International Planned Parenthood Federation, *IPPF Charter on Sexual and Reproductive Rights* del 1996, https://www.ippf.org/sites/default/files/ippf_charter_on_sexual_and_reproductive_rights_guidelines.pdf.

Istituto Nazionale di Diritti Umani del Cile, *Informe anual 2016*, 2016, <https://bibliotecadigital.indh.cl/handle/123456789/998>.

Istituto Nazionale di Statistica dello Stato Plurinazionale della Bolivia, *Encuesta de Prevalencia y Características de la Violencia contra las mujeres – Resultados*, 2016, <https://inecloud.ine.gob.bo/owncloud/index.php/s/NlhW6yQFNg8ZJv/download>.

Lega araba, *Carta araba dei diritti dell'uomo* del 15 settembre 1994.

Ministero della Salute della Repubblica del Cile, *Ley 20584 – Regula los Derechos y Deberes que Tienen las Personas en Relación con Acciones Vinculadas a su Atención en Salud*, Legge n. 20.584 del 24 aprile 2012, <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1039348>.

Ministero della Salute della Repubblica del Cile, *Manual de atención personalizada en el proceso reproductivo* del 2008, https://diprece.minsal.cl/wrdprss_minsal/wp-content/uploads/2015/10/2008_Manual-de-Atencion-personalizada-del-Proceso-reproductivo.pdf.

Ministero di Giustizia e Diritti Umani della Repubblica Argentina, *Ley de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales*, Legge n. 26.485 dell'11 marzo 2009, <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/150000-154999/152155/norma.htm>.

Organizzazione degli Stati americani, *Convenzione americana sui diritti umani (Patto di San José di Costa Rica)* del 22 novembre 1969.

Organizzazione degli Stati Americani, *Convenzione inter-americana sulla prevenzione, punizione e sradicamento della violenza contro le donne (Convenzione Belém do Pará)* del 9 giugno 1994.

Organizzazione degli Stati Americani, *Dichiarazione americana dei diritti e dei doveri dell'uomo (Dichiarazione di Bogotà)* del 2 maggio 1948.

Organizzazione delle Nazioni Unite, *Convenzione contro la tortura ed altre pene o trattamenti crudeli, inumani o degradanti* del 10 dicembre 1984.

Organizzazione delle Nazioni Unite, *Convenzione internazionale sui diritti civili e politici* del 16 dicembre 1966.

Organizzazione delle Nazioni Unite, *Convenzione internazionale sui diritti economici, sociali e culturali* del 16 dicembre 1966.

Organizzazione delle Nazioni Unite, *Convenzione internazionale sull'eliminazione di ogni forma di discriminazione razziale* del 21 dicembre 1965.

Organizzazione delle Nazioni Unite, *Convenzione sui diritti del fanciullo* del 20 novembre 1989.

Organizzazione delle Nazioni Unite, *Convenzione sui diritti delle persone con disabilità* del 13 dicembre 2006.

Organizzazione delle Nazioni Unite, *Convenzione sull'eliminazione di ogni forma di discriminazione della donna* del 18 dicembre 1979.

Organizzazione delle Nazioni Unite, *Dichiarazione sull'eliminazione della violenza contro le donne* del 20 dicembre 1993.

Organizzazione delle Nazioni Unite, *Dichiarazione universale dei diritti umani* del 10 dicembre 1948.

Organizzazione delle Nazioni Unite, Divisione per le questioni di genere della Commissione economica per l'America latina e Caribe (CEPAL), *Corresponsabilidad de los cuidados y autonomía económica de las mujeres. Lecciones aprendidas del Permiso Postnatal Parental en Chile*, aprile 2016, https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/37878/4/S1500262_es.pdf.

Organizzazione delle Nazioni Unite, *Obiettivi di sviluppo del millennio* del settembre 2000.

Organizzazione delle Nazioni Unite, *Piattaforma di Azione di Pechino* del 1995, <http://www.fondazionezaninoni.org/pdf/Pechino1995.pdf>.

Organizzazione mondiale della Sanità (Gruppo tecnico di lavoro), *Cuidados en el parto normal: guía práctica*, 1996, <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0063.pdf>.

Organizzazione mondiale della Sanità, *Appropriate Technology for Birth*, in *Lancet*, 2/1985, pp. 436-437, <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/appropriate-technology-for-birth-who/>.

Organizzazione mondiale della Sanità, *Costituzione dell'organizzazione mondiale della Sanità* del 22 luglio 1946.

Organizzazione mondiale della Sanità, *The Prevention and Elimination of Disrespect and Abuse during Facility-based Childbirth*, Doc. WHO/RHR/14.23 del 2014, https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134588/WHO_RHR_14.23_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

Organizzazione mondiale della Sanità, *WHO Recommendations: Intrapartum Care for a Positive Childbirth Experience – Transforming Care of Women and Babies for Improved Health and Well-being*, Doc. WHO/RHR/18.12 del 2018, <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272447/WHO-RHR-18.12-eng.pdf>.

Osservatorio della violenza di genere del Difensore del Popolo della provincia di Buenos Aires, *Información para el Tercer Informe Hemisférico del MESECVI - Argentina*, <https://www.defensorba.org.ar/micrositios/ovg/pdfs/Informacion-para-el-Tercer-Informe-Hemisferico-del-MESECVI.pdf>.

Osservatorio della violenza di genere del Difensore del Popolo della provincia di Buenos Aires, *Modelo de Entrevista. Ingreso de casos por situaciones de Violencia Obstétrica*, <https://www.defensorba.org.ar/micrositios/ovg/pdfs/Modelo-de-Entrevista-Ingreso-de-casos-por-situaciones-de-Violencia-Obstetrica.pdf>.

Osservatorio della violenza di genere del Difensore del Popolo della provincia di Buenos Aires, *Protocolo de recepción de denuncias en casos de violencia obstetrica*, <http://elecciones2011.defensorba.org.ar/micrositios/ovg/pdfs/Protocolo-de-Recepcion-de-Denuncias-en-Casos-de-Violencia-Obstetrica.pdf>.

Osservatorio della violenza di genere del Difensore del Popolo della provincia di Buenos Aires, *Violencia obstétrica en cárceles de la provincia de Buenos Aires*, <https://www.defensorba.org.ar/micrositios/ovg/pdfs/Violencia-Obstetrica-en-Carceles-provincia-Buenos-Aires.pdf>.

Parlamento europeo, *Risoluzione del Parlamento europeo del 24 giugno 2021 sulla situazione della salute sessuale e riproduttiva e relativi diritti nell'UE, nel quadro della salute delle donne (2020/2215(INI))*, EU Doc. P9_TA(2021)0314 del 24 giugno 2021, https://www.europarl.europa.eu/doceo/document/TA-9-2021-0314_IT.html.

Repubblica del Cile, *Código Penal* del 12 novembre 1894.

Repubblica del Cile, *Constitución Política de la República* del 24 aprile 1980.

Repubblica del Suriname, *Wetboek van Strafrecht (Codice Penale)* del 14 ottobre 1910.

Segreteria di Diritti Umani e Pluralismo Culturale, *Parto humanizado*, Legge n. 25.929 di marzo 2018, https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/ley_25929_parto_humanizado_decreto_web_0.pdf.

Segreteria Generale dell'Assemblea Nazionale della Repubblica di Panama, *Para la atención humanizada del embarazo parto y post parto*, Legge n. 48 di ottobre 2017, https://www.asamblea.gob.pa/APPS/SEG_LEGIS/PDF_SEG/PDF_SEG_2010/PDF_SEG_2019/2019_A_290.pdf.

Senato della Repubblica del Messico, Coordinazione della Comunicazione Sociale, *Senado aprueba sancionar violencia obstétrica*, Comunicato n. 749 del 30 aprile 2014, <http://comunicacion.senado.gob.mx/index.php/informacion/boletines/12513-senado-aprueba-sancionar-violenciaobstetrica.html>.

Stato di Veracruz di Ignacio de la Llave, *Codigo Penal para el Estado Libre y Soberano de Veracruz de Ignacio de la Llave* del 7 de noviembre 2003, <https://www.legisver.gob.mx/leyes/LeyesPDF/PENAL270115.pdf>.

Ufficio dell'Alto commissariato delle Nazioni Unite per i diritti umani, *Reproductive Rights are Human Rights: a Handbook for National Human Rights Institutions*, UN Doc. HR/PUB/14/6 del 2014, <https://www.ohchr.org/en/publications/special-issue-publications/reproductive-rights-are-human-rights-handbook-national>.

Unione Africana, *Carta africana dei diritti dell'uomo e dei popoli (Carta di Banjul)* del 27 giugno 1981.

Unione Africana, *Carta africana sui diritti e il benessere del minore* dell'11 luglio 1990.

Unione Africana, *Carta della gioventù africana* del 2 luglio 2006.

Unione Africana, *Protocollo alla Carta Africana sui diritti dell'uomo e dei popoli sui diritti delle donne in Africa (Protocollo di Maputo)* del 11 luglio 2003.

Giurisprudenza consultata

Comitato delle Nazioni Unite sull'eliminazione delle discriminazioni contro le donne, *A.S. v. Hungary*, Decisione n. CEDAW/C/36/D/4/2004 del 29 agosto 2006, https://www.escr-net.org/sites/default/files/CEDAW_Committee_Decision_0.pdf.

Comitato delle Nazioni Unite sull'eliminazione delle discriminazioni contro le donne, *de Silva Pimental c. Brasile*, Decisione n. CEDAW/C/49/D/17/2008 del 10 agosto 2011, <https://www2.ohchr.org/english/law/docs/CEDAW-C-49-D-17-2008.pdf>.

Comitato delle Nazioni Unite sull'eliminazione delle discriminazioni contro le donne, *L.C. c. Peru*, Decisione n. CEDAW/C/50/D/22/2009 del 4 novembre 2011, https://www2.ohchr.org/english/law/docs/CEDAW-C-50-D-22-2009_en.pdf.

Comitato delle Nazioni Unite sui diritti civili e politici, *Case K.L. v. Peru*, Decisione n. CCPR/C/85/D/1153/2003 del 22 novembre del 2005, https://www.escr-net.org/sites/default/files/caselaw/decision_0.pdf.

Consiglio d'Europa, Corte europea dei diritti dell'uomo, *Affaire A.P., Garçon et Nicot c. France*, Ricorsi n. 79885/12, 52471/13 e 52596/13, Decisione del 6 luglio 2017, <https://hudoc.echr.coe.int/fre?i=001-172556>.

Consiglio d'Europa, Corte europea dei diritti dell'uomo, *Affaire Codarcea c. Roumanie*, Ricorso n. 31675/04, Decisione del 2 settembre 2009, <https://hudoc.echr.coe.int/eng#%7B%22itemid%22%3A%22001-92835%22%7D>.

Consiglio d'Europa, Corte europea dei diritti dell'uomo, *Affaire Hanzelkovi c. République tchèque*, Ricorso n. 43643/10, Decisione del 11 marzo 2015, <https://hudoc.echr.coe.int/fre?i=001-148630>.

Consiglio d'Europa, Corte europea dei diritti dell'uomo, *Affaire Yazgül Yılmaz c. Turquie*, Ricorso n. 36369/06, Decisione del 1° maggio 2011, <https://hudoc.echr.coe.int/fre#%7B%22itemid%22%3A%22001-103157%22%7D>.

Consiglio d'Europa, Corte europea dei diritti dell'uomo, *Case of Juhnke v. Turkey*, Ricorso n. 52515/99, Decisione del 13 agosto 2008, <https://www.womenslinkworldwide.org/files/2898/gjo-echr-juhnke-en-pdf.pdf>.

Consiglio d'Europa, Corte europea dei diritti dell'uomo, *Case of A, B and C v. Ireland*, Ricorso n. 25579/05, Decisione del 16 dicembre 2010, <https://hudoc.echr.coe.int/app/conversion/pdf/?library=ECHR&id=001-102332&filename=001-102332.pdf>.

Consiglio d'Europa, Corte europea dei diritti dell'uomo, *Case of A.K. v. Latvia*, Ricorso n. 33011/08, Decisione del 24 settembre 2014, <https://hudoc.echr.coe.int/eng?i=001-145005>.

Consiglio d'Europa, Corte europea dei diritti dell'uomo, *Case of Costa and Pavan v. Italy*, Ricorso n. 54270/10, Decisione del 28 agosto 2012, <https://hudoc.echr.coe.int/fre?i=001-112993>. [Traduzione in italiano realizzata per il Ministero della Giustizia, Direzione generale del contenzioso e dei diritti umani d'Italia ed effettuata da Rita Carnevali, assistente linguistico e dalla dott.ssa Rita Pucci, funzionario linguistico, https://www.camera.it/application/xmanager/projects/camera/attachments/sentenza/testo_ingleses/000/000/511/Costa_e_Pavan.pdf]

Consiglio d'Europa, Corte europea dei diritti dell'uomo, *Case of Csoma v. Romania*, Ricorso n. 8759/05, Decisione del 15 aprile 2013, <https://hudoc.echr.coe.int/eng#%7B%22itemid%22:%5B%22001-115862%22%5D%7D>.

Consiglio d'Europa, Corte europea dei diritti dell'uomo, *Case of Dickson v. The United Kingdom*, Ricorso n. 44362/04, Decisione del 4 dicembre 2007, <http://hudoc.echr.coe.int/app/conversion/pdf/?library=ECHR&id=003-2204926-2350295&filename=003-2204926-2350295.pdf&TID=ihgdqbxnfi>.

Consiglio d'Europa, Corte europea dei diritti dell'uomo, *Case of Dubská and Krejzová v. the Czech Republic*, Ricorsi n. 28859/11 e n. 28473/12, Decisione del 15 novembre 2016, <https://hudoc.echr.coe.int/eng#%7B%22itemid%22:%5B%22001-168066%22%5D%7D>.

Consiglio d'Europa, Corte europea dei diritti dell'uomo, *Case of Evans v. the United Kingdom*, Ricorso n. 6339/05, Decisione del 10 aprile 2007, http://news.bbc.co.uk/2/shared/bsp/hi/pdfs/07_03_06_echr.pdf.

Consiglio d'Europa, Corte europea dei diritti dell'uomo, *Case of Pojatina v. Croatia*, Ricorso n. 18568/12, Decisione del 4 febbraio 2019, <https://hudoc.echr.coe.int/eng#%7B%22itemid%22:%5B%22001-186446%22%5D%7D>.

Consiglio d'Europa, Corte europea dei diritti dell'uomo, *Case of R.R. v. Poland*, Ricorso n. 27617/04, Decisione del 28 novembre 2011, <https://hudoc.echr.coe.int/fre#%7B%22display%22:%5B%22%5D%7D%22%22%7D>.

Consiglio d'Europa, Corte europea dei diritti dell'uomo, *Case of S.H. and others v. Austria*, Ricorso n. 57813/00, Decisione del 3 novembre 2011, <https://hudoc.echr.coe.int/fre#%7B%22itemid%22:%5B%22002-309%22%5D%7D>.

Consiglio d'Europa, Corte europea dei diritti dell'uomo, *Case of Ternovszky v. Hungary*, Ricorso n. 67545/09, Decisione del 14 marzo 2011, <https://hudoc.echr.coe.int/eng#%7B%22itemid%22:%5B%22001-102254%22%5D%7D>.

Consiglio d'Europa, Corte europea dei diritti dell'uomo, *Case of Tysiąc v. Poland*, Ricorso n. 5410/03, Decisione del 24 settembre 2007, <https://hudoc.echr.coe.int/eng?i=001-79812>.

Consiglio d'Europa, Corte europea dei diritti dell'uomo, *Case of V.C. v. Slovakia*, Ricorso n. 18968/07, Decisione del 8 febbraio 2012, <https://hudoc.echr.coe.int/eng#%7B%22itemid%22:%5B%22001-107364%22%5D%7D>.

Consiglio d'Europa, Corte europea dei diritti dell'uomo, *Case of Opuz v. Turkey*, Ricorso n. 33401/02, Decisione del 9 giugno 2009, <https://rm.coe.int/CoERMPublicCommonSearchServices/DisplayDCTMContent?documentId=090000168069454a>.

Consiglio d'Europa, Corte europea dei diritti dell'uomo, *Case of Y.F. v. Turkey*, Ricorso n. 24209/94, Decisione del 22 novembre 2003, https://www.coe.int/t/dg2/equality/domesticviolencecampaign/resources/Y.F.%20v.%20TURKEY_en.asp.

Consiglio d'Europa, Corte europea dei diritti dell'uomo, *Case of Y.Y. v. Turkey*, Ricorso n. 14793/08, Decisione del 10 giugno 2015, <https://hudoc.echr.coe.int/fre?i=001-153134>.

Difensore del Popolo della Nazione (Repubblica Argentina), *PETRELLA, Agustina María sobre la violencia obstétrica*, Risoluzione n. 2/16 del 8 gennaio 2016, <http://perlaprigoshin.com.ar/wp-content/uploads/2016/02/Res-02-2016-Petrella.pdf>.

Sitografia

<http://humanrightsinchildbirth.org/index.php/rights/>, A., *Human Rights in Childbirth*,

Blog. [consultato il 23 febbraio 2022]