

---

## **Assemblea Generale**

Distr.: Generale

11 luglio 2019

Lingua Originale: Inglese

Traduzione in Italiano a cura di Alessandra Battisti ed Elena Skoko

---

### **Settantaquattresima sessione**

Articolo 26 (a) della lista preliminare \*

### **Avanzamento delle donne: avanzamento delle donne**

### **Un approccio al maltrattamento e alla violenza contro le donne nei servizi di salute riproduttiva basato sui diritti umani con particolare riferimento al parto e alla violenza ostetrica**

### **Nota del Segretario Generale**

Il Segretario Generale ha l'onore di trasmettere ai Membri dell'Assemblea Generale il rapporto della Relatrice Speciale sulla violenza contro le donne, le sue cause e le sue conseguenze Dubravka Šimonović, depositato in adempimento alla risoluzione dell'Assemblea 71/170.

Please note: The present is an unofficial authorized translation in Italian, carried out by Alessandra Battisti and Elena Skoko on a volunteer basis with the permission of the Special Rapporteur. Si noti che la presente è una traduzione in italiano non ufficiale autorizzata, realizzata da avv. Alessandra Battisti ed Elena Skoko a titolo gratuito con il permesso della Relatrice Speciale.

---

**Rapporto della Relatrice Speciale sulla violenza contro le donne, le sue cause e le sue conseguenze in relazione all'approccio basato sui diritti umani nell'ambito del maltrattamento e della violenza contro le donne nei servizi di salute riproduttiva con particolare riferimento al parto e alla violenza ostetrica**

Sommario

Nel presente rapporto la Relatrice Speciale sulla violenza contro le donne, le sue cause e le sue conseguenze analizza il tema del maltrattamento e della violenza contro le donne nei servizi di salute riproduttiva con particolare riferimento al parto e alla violenza ostetrica, così come le cause all'origine e le questioni strutturali che devono essere affrontate per contrastare tali forme di maltrattamento e violenza.

---

Indice	Pagina
I. Introduzione.....	4
II. Attività.....	4
III. Un approccio al maltrattamento e alla violenza contro le donne nei servizi di salute riproduttiva basato sui diritti umani con particolare riferimento al parto e alla violenza ostetrica.....	4
A. Introduzione.....	5
B. Finalità del rapporto .....	6
C. Manifestazioni di maltrattamento e di violenza di genere nei servizi di salute riproduttiva e durante il parto presso le strutture ospedaliere .....	9
D. Cause all'origine del maltrattamento e della violenza contro le donne nei servizi di salute riproduttiva .....	18
<b>E: Applicazione del quadro dei diritti umani internazionali e regionali al maltrattamento e alla violenza nei servizi di salute riproduttiva .....</b>	<b>22</b>
F. Azioni intraprese a livello nazionale per affrontare il maltrattamento e la violenza contro le donne durante l'assistenza al parto presso le strutture ospedaliere.....	27
IV. Conclusioni e raccomandazioni per gli Stati e per altri soggetti interessati .....	29

## **I. Introduzione**

1. Il presente rapporto di Dubravka Šimonović, la Relatrice Speciale del Consiglio dei diritti umani sulla violenza contro le donne, le sue cause e le sue conseguenze viene depositato in adempimento alla risoluzione 71/170 dell'Assemblea Generale. Nella sezione II del Rapporto, la Relatrice sintetizza le attività realizzate durante il suo mandato per il periodo di riferimento, fino a luglio 2019. Nella sezione III la Relatrice analizza il maltrattamento e la violenza contro le donne nei servizi di salute riproduttiva con particolare riferimento al parto e alla violenza ostetrica e identifica le cause all'origine del maltrattamento, così come le sfide strutturali. Nella sezione IV la Relatrice presenta le proprie conclusioni e raccomandazioni sulla prevenzione e sul contrasto al maltrattamento e alla violenza contro le donne nei servizi di salute riproduttiva e durante il parto.

## **II. Attività**

2. Durante il periodo di riferimento, la Relatrice Speciale ha lavorato per consolidare la piattaforma per la cooperazione tra meccanismi internazionali e regionali indipendenti dedicati alla violenza contro le donne e ai diritti delle donne, come un'iniziativa lanciata dal suo mandato, così come la cooperazione con il Comitato per l'eliminazione della discriminazione contro le donne. In occasione della 41<sup>a</sup> sessione del Consiglio dei diritti umani, nel giugno del 2019, la Relatrice Speciale ha presentato: (a) il suo rapporto tematico sul mandato, incluso un capitolo sui 25 anni della sua esistenza e una analisi sulla sua evoluzione, le attuali sfide in corso - un contributo al 25° anno della Dichiarazione di Pechino e della Piattaforma d'azione (A/HRC/41/42) e (b) il rapporto delle sue visite in Canada e in Nepal (A/HRC/41/42/Add.2).

3. Il 1 luglio del 2019 la Relatrice Speciale ha partecipato alla 73<sup>a</sup> sessione del Comitato sull'eliminazione della discriminazione contro le donne, in occasione del quale ha discusso della cooperazione tra il suo mandato e il Comitato in relazione alla promozione della raccomandazione generale n. 35 sulla violenza di genere contro le donne e l'istituzione della piattaforma per la cooperazione tra i meccanismi internazionali e regionali indipendenti sui diritti umani delle donne.<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> <https://www.ohchr.org/EN/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=24780&LangID=E>.

### **III. Un approccio ai maltrattamenti e alla violenza contro le donne nei servizi di salute riproduttiva basato sui diritti umani con particolare riferimento al parto e alla violenza ostetrica.**

#### **A. Introduzione**

4. Negli ultimi anni il maltrattamento e la violenza contro le donne, subiti durante l'assistenza al parto presso le strutture ospedaliere o in altri servizi per la salute riproduttiva, ha raggiunto un'attenzione globale, in particolare attraverso le numerose testimonianze pubblicate dalle donne e dalle organizzazioni di donne sui social media; questa forma di violenza si dimostra essere diffusa e di natura sistematica. Nel riconoscere che questi temi non sono stati pienamente affrontati da una prospettiva dei diritti umani la Relatrice Speciale ha deciso di preparare il proprio rapporto tematico sul maltrattamento e sulla violenza contro le donne nei servizi di salute riproduttiva con particolare riferimento al parto e alla violenza ostetrica.

5. In qualità di organizzazione leader sui temi della salute nel sistema delle Nazioni Unite, l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha reagito alla crescente preoccupazione delle donne durante il parto pubblicando una dichiarazione nel 2015 che condannava "l'abuso verbale, procedure mediche coercitive o non acconsentite (inclusa la sterilizzazione), la mancanza di riservatezza, la carenza di un consenso realmente informato, il rifiuto di offrire un'adeguata terapia per il dolore, gravi violazioni della privacy, il rifiuto di ricezione nelle strutture ospedaliere, la trascuratezza nell'assistenza al parto con complicazioni altrimenti evitabili che mettono in pericolo la vita della donna, la detenzione delle donne e dei loro bambini nelle strutture dopo la nascita connessa all'impossibilità di pagare".<sup>2</sup> Nella sua dichiarazione l'OMS ha anche riconosciuto che "tali trattamenti non solo violano il diritto delle donne ad un'assistenza sanitaria rispettosa, ma possono anche minacciare il loro diritto alla vita, alla salute, all'integrità fisica e alla libertà da ogni forma di discriminazione".

6. Nel predisporre il proprio rapporto la Relatrice Speciale e l'OMS hanno congiuntamente invitato un gruppo di esperti sul maltrattamento durante il parto nel contesto dei diritti umani e della violenza contro le donne, che si sono incontrati a Ginevra il 25 e il 26 aprile 2019. La Relatrice Speciale ha inoltre pubblicato un invito

---

<sup>2</sup> Dichiarazione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), "La prevenzione e l'eliminazione dell'abuso e della mancanza di rispetto durante il parto presso le strutture ospedaliere", WHO/RHR/14.23 (2015).

pubblico a mandare contributi e una richiesta di informazioni sulle forme di maltrattamento, sul consenso informato, sulle procedure per la responsabilità (*accountability*) ed esempi di risposte nazionali alla violenza contro le donne. Oltre 128 rapporti sono pervenuti dagli Stati, dalle organizzazioni non governative, da istituzioni indipendenti e dal mondo accademico.<sup>3</sup> Molte organizzazioni non governative hanno pubblicato i propri rapporti documentando gli abusi subiti dalle donne e dalle ragazze durante il parto presso le strutture ospedaliere in tutto il mondo.<sup>4</sup>

7. Anche l'Assemblea parlamentare del Consiglio d'Europa ha deciso di pubblicare un rapporto sulla violenza ostetrica e ginecologica e la Relatrice Speciale ha avuto degli scambi con la Relatrice dell'Assemblea parlamentare che è attualmente al lavoro sul proprio rapporto.<sup>5</sup>

## **B. Finalità del rapporto**

8. Nel presente rapporto la Relatrice Speciale si propone lo scopo di applicare un approccio basato sui diritti umani alle differenti forme di maltrattamento e di violenza che le donne subiscono nei servizi di salute riproduttiva con particolare riferimento al parto e alla violenza ostetrica. Il maltrattamento e la violenza contro le donne non solo violano il diritto delle donne ad una vita libera dalla violenza ma possono anche minacciare il loro diritto alla vita, alla salute, all'integrità fisica, alla riservatezza, all'autonomia, alla libertà dalla discriminazione.

9. I maltrattamenti e la violenza contro le donne nei servizi di salute riproduttiva e durante il parto sono affrontati nel Rapporto come parte di un insieme di violazioni che vengono realizzate nel contesto più vasto dell'ineguaglianza strutturale, della discriminazione e del patriarcato e sono anche il risultato di una mancanza di

---

<sup>3</sup> Tutti i rapporti sono disponibili sul sito web della Relatrice Speciale sulla violenza contro le donne, le sue cause e le sue conseguenze: <https://www.ohchr.org/EN/Issues/Women/SRWomen/Pages/Mistreatment.aspx>.

<sup>4</sup> Si veda ad esempio, Center for Reproductive Rights, *Failure to Deliver: Violations of Women's Human Rights in Kenyan Health Facilities* (2007); Amnesty International, *Deadly Delivery: The Maternal Health Care Crisis in America*, London, 2010; Human Rights Watch, *"Stop Making Excuses": Accountability for Maternal Health Care in South Africa* (2011); Janka Debrecéniová, ed., *Women – Mothers – Bodies: Women's Human Rights in Obstetric Care in Healthcare Facilities in Slovakia*, Citizen, Democracy and Accountability (2015); and Center for Reproductive Rights, *Vakeras Zorales – Speaking Out: Roma Women's Experiences in Reproductive Health Care in Slovakia* (2017).

<sup>5</sup> Documento dell'Assemblea Parlamentare del Consiglio D'Europa No. 14495 (26 Gennaio 2018); meeting sulla violenza ostetrica e ginecologica tenutosi a Zagabria il 3 luglio 2019.

istruzione e formazione adeguata e della mancanza di rispetto per l'uguaglianza e i diritti umani delle donne. Tale violenza viene vissuta dalle donne e dalle ragazze che accedono ai servizi di salute sessuale e riproduttiva, inclusi gli esami ginecologici, l'interruzione di gravidanza, i trattamenti per la fertilità, la contraccezione e in ogni altro contesto di salute sessuale e riproduttiva.

10. Il rapporto fornisce raccomandazioni su come affrontare i problemi strutturali e le cause all'origine della violenza contro le donne nei servizi di salute riproduttiva con particolare riferimento al parto e alla violenza ostetrica. Il rapporto inoltre cerca di fornire un supporto agli Stati affinché possano adempiere le proprie obbligazioni per la tutela dei diritti umani e sviluppare in modo adeguato leggi, politiche, strategie nazionali per la salute riproduttiva delle donne e procedure istituzionali per le denunce in caso di violazioni dei diritti che possano assicurare un approccio basato sui diritti umani e l'assunzione di responsabilità (*accountability*) all'interno delle strutture sanitarie. In base al diritto internazionale gli atti o le omissioni da parte di organismi non statali attribuibili allo Stato includono "atti o omissioni dei soggetti privati autorizzati dalla legge dello Stato ad esercitare alcuni pubblici poteri, inclusi gli enti privati che forniscono servizi pubblici, come le strutture sanitarie, gli istituti di formazione, i luoghi di detenzione che sono considerati come attività attribuibili allo Stato stesso".<sup>6</sup> Gli Stati parte hanno inoltre contratto l'obbligo sulla base della Convenzione sull'eliminazione di tutte le forme di discriminazione contro le donne (CEDAW) di realizzare, con tutte le misure appropriate e senza indugio, le politiche per eliminare la discriminazione e la violenza di genere contro le donne, anche nell'ambito della salute. Si tratta di un obbligo di natura immediata e i ritardi non possono essere giustificati per nessun motivo, nemmeno di tipo economico, culturale e religioso.

11. Visto che il Fondo per la popolazione delle Nazioni Unite (UNFPA) ha riconosciuto che "a livello globale vi è una mancanza di consenso generale su come la violenza contro le donne durante il parto presso le strutture ospedaliere possa essere definita e misurata"<sup>7</sup> e che una preoccupazione analoga è stata manifestata da un'organizzazione non governativa che ha sottolineato che "la violenza contro le donne nel parto è talmente normalizzata che non viene neanche considerata violenza contro le donne",<sup>8</sup> la Relatrice Speciale, pertanto, rileva che la seguente definizione di

---

<sup>6</sup> Comitato per l'eliminazione della discriminazione contro le donne, Raccomandazione Generale No. 35 sulla violenza di genere contro le donne, che aggiorna la raccomandazione generale No. 19, CEDAW/C/GC/35, para. 24 (a).

<sup>7</sup> Rapporto del Fondo per la Popolazione delle Nazioni Unite (UNFPA) inviato alla Relatrice Speciale disponibile qui: <https://www.ohchr.org/EN/Issues/Women/SRWomen/Pages/Mistreatment.aspx>.

<sup>8</sup> Rapporto di Mother Hood e.V. inviato alla Relatrice Speciale, disponibile al seguente link: <https://www.ohchr.org/EN/Issues/Women/SRWomen/Pages/Mistreatment.aspx>.

violenza contro le donne, sancita dall'art 1 della Dichiarazione sull'eliminazione della violenza contro le donne delle Nazioni Unite è applicabile a tutte le forme di maltrattamento e violenza contro le donne nei servizi di salute riproduttiva e nel parto: "ogni atto di violenza fondata sul genere che abbia come risultato, o che possa avere come risultato, un danno o una sofferenza fisica, sessuale o psicologica per le donne, incluse le minacce di tali atti, la coercizione o la privazione arbitraria della libertà, che avvenga nella vita pubblica o privata".<sup>9</sup> La raccomandazione generale n. 19 del Comitato sull'eliminazione di ogni forma di discriminazione contro le donne definisce la violenza di genere contro le donne come: "una violenza che è diretta contro una donna per il fatto stesso di essere donna o che colpisce le donne in maniera sproporzionata",<sup>10</sup> mentre la giurisprudenza del Comitato e gli altri organismi giudiziari e di monitoraggio hanno elaborato, nell'esame di casi concreti, ulteriori specifiche forme di violenza contro le donne correlate alla salute riproduttiva e ai diritti umani delle donne.

12. In relazione alla terminologia la Relatrice Speciale utilizzerà il termine "violenza ostetrica" quando si parla di violenza che le donne vivono durante il parto presso le strutture ospedaliere. Violenza ostetrica è un termine largamente utilizzato nel Sudamerica ma non è ancora in uso nel linguaggio internazionale dei diritti umani e, al fine di affrontarlo nell'ambito del vigente ordinamento internazionale dei diritti umani delle donne, la Relatrice Speciale utilizzerà anche "violenza contro le donne durante il parto". A livello regionale il Comitato di esperti dell'organismo di controllo della Convenzione di Belém do Pará, il primo a riconoscere la violenza ostetrica come violazione dei diritti umani, raccomanda che gli Stati adottino normative e qualifichino la violenza ostetrica come un reato. Di conseguenza, molti Paesi dell'America Latina hanno già approvato leggi che criminalizzano la violenza ostetrica.<sup>11</sup>

13. Poiché esiste attualmente una serie di termini, tra cui "maltrattamento", "mancanza di rispetto", "abuso", "violenza fisica", "violenza contro le donne", per ragioni di chiarezza la Relatrice Speciale ha deciso di utilizzare i termini "maltrattamento" e "violenza contro le donne" nel presente rapporto. La Relatrice Speciale riconosce che molte forme di maltrattamento durante il parto o presso altri servizi di salute riproduttiva non sono atti intenzionali o volontari di violenza contro le donne, sebbene determinati atti od omissioni possono essere considerati come tali

---

<sup>9</sup> Dichiarazione sull'eliminazione della violenza contro le donne (Risoluzione 48/104 20 dicembre 1993).

<sup>10</sup> Si veda il Comitato sull'eliminazione della discriminazione contro le donne, raccomandazione generale No. 35 sulla violenza di genere contro le donne, che aggiorna la raccomandazione No. 19 (CEDAW/C/GC/35, para. 1).

<sup>11</sup> Si veda ad esempio l'articolo 15 della legge sulla protezione integrata delle donne, No. 26.485/2009, Bolivarian Republic of Venezuela.



(si veda il paragrafo 10). Si deve rilevare tuttavia che in determinate circostanze alcune forme di maltrattamento potrebbero essere considerate violenza contro le donne in casi individuali, a seconda delle circostanze, mentre altri potrebbero essere inquadrati come violazioni dei diritti in base agli standard dei diritti umani e in base alla giurisprudenza per i diritti umani.

14. Il Rapporto affronta inoltre il tema del consenso informato come diritto umano e come protezione contro tale forma di violenza. Alle donne viene frequentemente negato il diritto alle decisioni informate in relazione ai trattamenti sanitari che ricevono durante il parto o in altri servizi di salute riproduttiva; questa mancanza del consenso informato rappresenta una violazione dei diritti umani attribuibile allo Stato e ai sistemi sanitari nazionali.

### **C. Manifestazioni di maltrattamento e di violenza di genere nei servizi di salute riproduttiva e durante il parto presso le strutture ospedaliere**

15. Attraverso i rapporti ricevuti e altre fonti la Relatrice Speciale è stata in grado di identificare le manifestazioni della violenza di genere nei servizi di salute riproduttiva e durante il parto presso le strutture ospedaliere. L'elenco non è esaustivo.

16. Le storie di dolore narrate dalle donne attraverso i documenti ricevuti dalla Relatrice Speciale rivelano che il maltrattamento e la violenza contro le donne nei servizi di salute riproduttiva e durante il parto presso le strutture ospedaliere si verificano in tutto il mondo e colpiscono le donne di qualunque livello socioeconomico. Le nuove piattaforme digitali sociali hanno giocato un ruolo essenziale nel rompere il silenzio e nel consentire alle donne di condividere le proprie esperienze e raccontare le proprie storie. In maniera analoga a quello che è accaduto con il movimento internazionale #MeToo, le informazioni pubblicate su tali piattaforme hanno confermato che le donne vittime di violenza ostetrica sono spesso ridotte al silenzio o hanno paura di parlare a causa dei tabù, dello stigma o della percezione che la violenza subita sia un caso isolato; le testimonianze da parte delle donne hanno dimostrato che i maltrattamenti e la violenza durante il parto sono largamente diffusi e radicati nel sistema sanitario.

17. I nuovi movimenti sociali che reclamano i diritti delle donne nei servizi di salute riproduttiva e durante il parto, emersi a partire dal 2015 in molti Paesi, hanno messo

in luce le tipologie di maltrattamento e di violenza che le donne subiscono; tra questi le campagne in: Italia (#bastatacere: le madri hanno voce”), in Croazia (#PrekinimoSutnju); in Francia (#PayeTonUtérus); nei Paesi Bassi (#Genoeggezwegen); in Ungheria (#Màsàllapotot) e in Finlandia (the Roses Revolution and #MinaMyosSynnyttajana). In sole due settimane dalla sua introduzione, nel maggio del 2019, l’ultima campagna ha ricevuto 150 racconti di violenza, di violazioni dei diritti umani e di condotte inappropriate nell’assistenza alla maternità, in gravidanza, durante il parto e nel puerperio.

18. In Irlanda, a seguito della morte di una madre e del suo bambino in un reparto di maternità nel gennaio del 2019, una donna ha chiamato un’emittente radiofonica nazionale per descrivere la propria esperienza di maltrattamento, di negligenza e di esposizione a pericolo subiti durante il proprio travaglio e parto. A seguito di questa iniziale telefonata oltre 1000 donne hanno contattato il programma e, in una successiva trasmissione andata in onda dal 2 al 10 aprile 2019, sono state presentate in dettaglio esperienze di assistenza alla maternità prive di sicurezza ed esperienze di mancanza di rispetto e di abuso all’interno del sistema sanitario irlandese.<sup>12</sup>

19. Un’organizzazione non governativa svedese ha messo in evidenza sia il fallimento del governo nel fornire soluzioni per la nascita in contesti extra-ospedalieri (presso centri nascita o a domicilio), nonostante la provata maggiore sicurezza di tali opzioni e il loro potenziale di mitigare il problema della violenza ostetrica, sia la mancanza di assistenza basata su evidenze scientifiche e le conseguenze fisiche dell’eccessiva medicalizzazione del parto, che spesso cagionano lesioni. L’organizzazione svedese ritiene che tale fallimento sia sintomatico della misoginia che non consente di considerare prioritaria la salute fisica e mentale delle donne nel breve e nel lungo periodo.<sup>13</sup>

20. La tecnica conosciuta come sinfisiotomia, già definita come violazione dei diritti umani e forma di violenza contro le donne che può integrare un atto di tortura, consiste nella separazione chirurgica e nell’allargamento delle pelvi per facilitare il parto. Questa pratica di parto, utilizzata principalmente in Irlanda fino ai primi anni 1990, senza la conoscenza o il consenso libero e informato della donna, ha cagionato dolore e disabilità per tutta la vita a moltissime donne. Il Comitato contro la tortura ha raccolto le denunce di numerose donne in relazione a questa tecnica chirurgica ed ha dichiarato che si tratta di tortura. Nel 2017 il Comitato ha raccomandato che lo Stato conduca “un’indagine imparziale dei casi di donne sottoposte a tale tecnica e

---

<sup>12</sup> Rapporto di Irish Maternity Support Network inviato alla Relatrice Speciale disponibile al seguente link: <https://www.ohchr.org/EN/Issues/Women/SRWomen/Pages/Mistreatment.aspx>.

<sup>13</sup> Si veda: <https://www.ohchr.org/Documents/Issues/Women/SR/ReproductiveHealthCare/F%c3%b6delsehuset.pdf>.

che si assicuri che le sopravvissute alla sinfisiotomia possano ottenere giustizia, incluso il risarcimento e le cure riabilitative, quantificate su basi individuali”. Il Comitato ha anche dichiarato che “i medici hanno rifiutato di realizzare procedure alternative, che avrebbero cagionato in modo significativo minor dolore e sofferenza, per motivi religiosi, più che per motivi medici”.<sup>14</sup> Il Comitato per i diritti umani ha stabilito che 1.500 donne e ragazze sono state sottoposte alla sinfisiotomia tra il 1944 e il 1987 senza consenso libero e informato.<sup>15</sup> Il Comitato per l’eliminazione della discriminazione contro le donne ha invitato lo Stato a realizzare prontamente inchieste immediate, indipendenti e approfondite in relazione a tutti casi di denunce di abuso, inclusa la sinfisiotomia, e ha raccomandato che tutte le vittime/sopravvissute a tali abusi possano ottenere risarcimenti effettivi e accedere ai servizi riabilitativi.<sup>16</sup>

21. La sterilizzazione forzata e l’interruzione di gravidanza forzata sono crimini e forme di violenza di genere contro le donne. La Convenzione del Consiglio d’Europa sulla prevenzione e il contrasto alla violenza contro le donne e la violenza domestica, altresì conosciuta come la Convenzione di Istanbul, proibisce espressamente entrambe, mentre la Convenzione sull’eliminazione di tutte le forme di discriminazione contro le donne e altri trattati delle Nazioni Unite sui diritti umani proibiscono entrambi implicitamente attraverso la protezione dei diritti umani delle donne e dei diritti riproduttivi. La sterilizzazione e l’interruzione di gravidanza forzate sono trattamenti medici praticati senza il consenso informato in tutto il mondo. Vengono realizzati da professionisti sanitari per molteplici ragioni, ad esempio nel cosiddetto miglior interesse della donna<sup>17</sup> o sulla base di credenze che certi gruppi di donne provenienti da gruppi minoritari, come le donne Rom, le donne indigene, le donne con disabilità e con HIV non siano adeguate alla procreazione o siano incapaci di realizzare decisioni responsabili in relazione alla contraccezione o non siano considerate “buone madri” o che la loro prole non sia desiderabile. Alcuni operatori sanitari non forniscono informazioni o danno alle donne informazioni fuorvianti affinché esse acconsentano alla sterilizzazione, agendo, per utilizzare le parole della Corte Europea dei diritti umani, con “notevole mancanza di rispetto per il loro diritto all’autonomia e alla scelta come pazienti”.<sup>18</sup> Questi interventi medici sono

---

<sup>14</sup> Comitato contro la tortura, osservazioni conclusive , Irlanda (CAT/C/IRL/CO/2, paras. 29–30)

<sup>15</sup> Comitato per i Diritti Umani, 2014, osservazioni conclusive sul quarto rapporto periodico dell’Irlanda, CCPR/C/IRL/CO/4, para. 11

<sup>16</sup> Si veda il Comitato per l’eliminazione della discriminazione contro le donne, 2017, osservazioni conclusive, Irlanda , CEDAW/C/IRL/CO/6-7, para. 15 (a).

<sup>17</sup> Rapporto della Relatrice Speciale sulla tortura e altri trattamento crudeli, inumani e degradanti, A/HRC/22/53, para. 32.

<sup>18</sup> V.C. v. Slovakia, No. 18968/07, Corte Europea dei diritti umani, (2012), para. 119.

stati affrontati dal Comitato per l'eliminazione della discriminazione contro le donne e dai tribunali regionali dove sono stati qualificati come forme di violenza di genere contro le donne che possono comportare lesioni fisiche e psicologiche e possono essere considerati come tortura o trattamenti crudeli, inumani e degradanti.<sup>19</sup>

22. In determinati Stati le donne in detenzione vengono “sottoposte a restrizioni fisiche durante il travaglio, legate al letto e imbavagliate”.<sup>20</sup> Inoltre, è stato riferito che le donne in gravidanza che si trovano in prigione o in carcere, o sono detenute a causa del loro status di immigrate, sono ammanettate o sottoposte a restrizioni “durante il travaglio, il parto e il puerperio per ore o persino giorni, nonostante il fatto che le guardie armate siano con loro per tutto il tempo”.<sup>21</sup> Tali misure sono state riconosciute come violazione dei diritti umani. Nelle proprie conclusioni il Comitato contro la tortura ha condannato l'utilizzo delle manette e catene sulle donne durante il parto.<sup>22</sup> E' stato riferito anche che le donne sono state legate a letto durante il parto e l'interruzione volontaria o involontaria di gravidanza, una pratica che non è supportata dall'OMS e che rappresenta una violenza contro le donne e altre violazioni dei diritti umani.

23. La detenzione delle donne e dei loro neonati nel puerperio nelle strutture sanitarie a causa della loro impossibilità a pagare le tariffe ospedaliere è un altro esempio di violazione dei diritti umani. Questa pratica è stata riferita in numerosi paesi in Asia, Africa Subsahariana, America Latina e nel Medio Oriente.<sup>23</sup> In Kenya le donne trattenute e i loro bambini sono stati messi a dormire sul pavimento, gli è stato negato il cibo e sono state controllate dalle guardie. Esistono rapporti che riferiscono di donne e bambini che hanno trascorso settimane e anche anni in tali condizioni.<sup>24</sup> Il Comitato contro la tortura nelle proprie conclusioni ha condannato “la pratica della

---

<sup>19</sup> Comitato per l'eliminazione della discriminazione contro le donne, raccomandazione Generale No. 35 sulla violenza di genere contro le donne, che aggiorna la raccomandazione generale No. 19, CEDAW/C/GC/35, para. 18.

<sup>20</sup> M.A. Bohren, J.P. Vogel, E.C. Hunter, et al., “*The Mistreatment of Women during Childbirth in Health Facilities Globally: A Mixed-Methods Systematic Review*”, PLoS Medicine, Vol. 12 (6) (2015) [di seguito, “Bohren et al. (2015)”].

<sup>21</sup> Center for Reproductive Rights

([https://www.reproductiverights.org/sites/crr.civicactions.net/files/documents/CRR\\_Submission\\_on\\_Human\\_Rights\\_Abuses\\_of\\_US\\_Incarcerated\\_Pregnant\\_Women.pdf](https://www.reproductiverights.org/sites/crr.civicactions.net/files/documents/CRR_Submission_on_Human_Rights_Abuses_of_US_Incarcerated_Pregnant_Women.pdf)).

<sup>22</sup> Comitato contro la tortura osservazioni conclusive, Stati Uniti d'America, CAT/C/USA/ CO/2, para. 33.

<sup>23</sup> Yates et. al, *Hospital Detentions for Non-payment of Fees: A Denial of Rights and Dignity*, Chatham House (2017), disponibile qui: <https://www.chathamhouse.org/sites/default/files/publications/research/2017-12-06-hospital-detentions-non-payment-yates-brookes-whitaker.pdf>; see also “*AP Investigation: Hospital patients held hostage for cash*”, AP News, (25 October 2018) (<https://apnews.com/4ee597e099be4dfaa899f85e652605b5>); and Bohren et al. (2015), p. 19.

<sup>24</sup> Center for Reproductive Rights, *Failure to Deliver: Violations of Women's Human Rights in Kenyan Health Facilities* (2007), pp. 56–58.

detenzione post-parto delle donne che non riescono a pagare le tariffe mediche” in Kenya.<sup>25</sup>

24. Il taglio cesareo o il parto cesareo è un parto caratterizzato dall'utilizzo della chirurgia per far nascere i bambini quando vi siano necessità di tipo medico e quando un parto vaginale potrebbe mettere la madre o il bambino a rischio. Quando i cesarei sono giustificati possono essere una procedura salvavita. Recentemente, tuttavia si è riscontrato un eccessivo utilizzo della procedura in tutto il mondo e in America Latina e in Europa sta sostituendo il parto vaginale o viene scelto come modalità preferita di parto. In molti contesti legali l'interesse del feto supera il diritto della donna in gravidanza che conduce a situazioni nelle quali le donne intenzionalmente non vengono consultate in relazione alla decisione se far nascere il bambino attraverso il taglio cesareo. Esiste inoltre evidenza che suggerisce che le donne stiano diventando vittime del fallimento dei sistemi sanitari laddove i servizi sono pianificati e gestiti con una priorità sul tempo e sull'efficienza economica. In aggiunta, i tagli cesari possono essere programmati e possono essere realizzati in determinati giorni della settimana invece che nel weekend e i medici, di solito, ottengono tariffe più alte da parte delle assicurazioni private per tale procedura.<sup>26</sup> Quando praticati senza il consenso della donna, i tagli cesari si traducono in violenza di genere contro la donna e persino in tortura. Il Gruppo di lavoro sulla tema della discriminazione contro le donne nella legge nella pratica ha specificamente evidenziato che l'utilizzo del taglio cesareo in molti paesi è la prova dell'eccessiva medicalizzazione del parto e ha affermato che “le donne non hanno la possibilità della libera scelta tra differenti modi di partorire”,<sup>27</sup> specialmente se il primo parto era un taglio cesareo.

25. L'episiotomia è un taglio profondo nel perineo della donna fino al muscolo del pavimento pelvico realizzato per aiutare chirurgicamente le donne che partoriscono per via vaginale. La procedura può avere dei benefici per la madre e per il bambino, se necessaria dal punto di vista medico, se non necessaria o realizzata senza il consenso informato della donna può avere effetti avversi fisici o psicologici sulla madre, può portare alla morte e può integrare una violenza di genere, tortura e trattamento inumano e degradante. Sono stati ricevuti numerosi rapporti da parte di donne preoccupate del ricorso a tale pratica senza consenso. Un altro problema è l'utilizzo eccessivo o di routine di tale pratica, in contrasto con le raccomandazioni

---

<sup>25</sup> Comitato contro la tortura, osservazioni conclusive, Kenya, CAT/C/KEN/CO/2, para. 27.

<sup>26</sup> Rapporto di UNFPA alla Relatrice Speciale sulla violenza contro le donne, disponibile al seguente link: <https://www.ohchr.org/EN/Issues/Women/SRWomen/Pages/Mistreatment.aspx>.

<sup>27</sup> Rapporto del Gruppo di Lavoro sulla discriminazione contro le donne nella legge e nella pratica, A/HRC/32/44, para. 74.

dell'OMS.<sup>28</sup> L'uso dell'episiotomia varia da un 30% delle donne che partoriscono per via vaginale in Messico, al 50% in Italia,<sup>29</sup> fino all'89% in Spagna.<sup>30</sup> In particolare, è stato riferito che il 61% delle donne in Italia che hanno subito l'episiotomia non hanno ricevuto informazioni appropriate e non è stato loro chiesto il consenso. L'episiotomia e la sutura dopo il parto, quando praticate senza il consenso informato e senza anestesia, possono avere ripercussioni significative sulla vita sessuale e riproduttiva della donna, sulla sua salute mentale e le cicatrici durature accompagnano la donna per il resto della sua vita. Quando non è giustificata da ragioni mediche l'episiotomia deve essere considerata una violazione dei diritti delle donne e una forma di violenza di genere contro le donne.

26. Il ricorso a personale medico inesperto per realizzare visite ginecologiche può cagionare lesioni alle donne in gravidanza e l'utilizzo eccessivo di ossitocina sintetica per indurre le contrazioni e il travaglio rappresenta un pericolo per la salute delle donne. Gestito impropriamente l'uso dell'ossitocina può causare la morte del bambino e la rottura dell'utero e può causare alla madre un dolore straziante se non accompagnato da adeguato sollievo.<sup>31</sup>

27. L'applicazione della pressione manuale sul fondo uterino per facilitare il parto durante il secondo stadio del travaglio, conosciuto come la manovra di Kristeller, da tempo non è raccomandata dall'OMS<sup>32</sup> ma continua ad essere largamente praticata, alcune volte con il gomito, l'avambraccio o con tutto il corpo per provocare l'espulsione del bambino. La sua applicazione varia da Paese a Paese raggiungendo i più alti tassi in Honduras dove viene praticato tra il 50% e il 70% dei parti vaginali.

28. Inoltre le donne riferiscono che alcuni operatori sanitari hanno agito senza rispetto per la *privacy* e per la riservatezza in occasione delle visite vaginali durante il travaglio, effettuate di fronte a terze persone,<sup>33</sup> consentendo a studenti di medicina di osservare le donne durante il parto<sup>34</sup> e hanno condiviso informazioni sulla salute della donna, incluso l'HIV, con soggetti terzi nel contesto del parto.

---

<sup>28</sup> <https://extranet.who.int/rhl/topics/preconception-pregnancy-childbirth-and-postpartum-care/careduring-childbirth/care-during-labour-2nd-stage/who-recommendation-episiotomy-policy-0>.

<sup>29</sup> Rapporto dell'Osservatorio sulla Violenza Ostetrica Italia inviato alla Relatrice Speciale, disponibile al seguente link: <https://www.ohchr.org/EN/Issues/Women/SRWomen/Pages/Mistreatment.aspx>.

<sup>30</sup> Wagner, Marsden (2000), *El nacimiento en el nuevo milenio, ponencia presentada en el I Congreso Internacional de Parto en Casa*, Jerez de la Frontera, Cádiz disponibile en <https://www.elpartoesnuestro.es/sites/default/files/public/documentos/parto/partomedicalizado/0>.

<sup>31</sup> Si veda il seguente link: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4982443/>.

<sup>32</sup> <https://extranet.who.int/rhl/topics/preconception-pregnancy-childbirth-and-postpartum-care/careduring-childbirth/care-during-labour-2nd-stage/who-recommendation-fundal-pressure-facilitatechildbirth>.

<sup>33</sup> Bohren et al. (2015), p. 17.

<sup>34</sup> Si veda *Konovalova v. Russia*, No. 37873/04, Corte Europea dei Diritti Umani(2014).

29. È stato riferito che le procedure di interruzione di gravidanza in modalità chirurgica, il raschiamento uterino, la sutura dopo il parto, il prelievo degli ovuli durante le procedure di fecondazione medicalmente assistita sono spesso realizzate senza anestesia. Inoltre, molte donne hanno descritto di essere state vittime di suture vaginali strette dopo le episiotomie, questa procedura conosciuta come “la cucitura del marito” si suppone realizzata per gratificare il marito stesso. Questa pratica è la conseguenza di stereotipi patriarcali lesivi e di relazioni sbilanciate tra uomini e donne. La Relatrice Speciale sulla tortura del Consiglio dei diritti umani ha rilevato che: “gli abusi variano da ampi ritardi nell’erogazione delle cure mediche fino alla sutura dopo il parto in assenza di anestesia”.<sup>35</sup>

30. Le donne riferiscono una carenza di autonomia e di libera scelta, inclusa la possibilità di decidere la posizione del parto negli ospedali pubblici, mentre c’è maggiore flessibilità nella scelta della posizione nelle strutture private.

31. Le pratiche di profonda umiliazione, abuso verbale e affermazioni sessiste durante il parto sono state riferite da molte donne in diverse parti del mondo e si realizzano dietro le porte chiuse delle strutture sanitarie. Solo recentemente le donne hanno iniziato a parlare di essere state derise, rimproverate, insultate e sgridate dagli operatori sanitari. In particolare sono stati riportati commenti sessisti e offensivi. Testimonianze di donne in Honduras hanno riferito commenti come “non piangevi quando l’hai fatto, apri le gambe o il tuo bambino morirà e sarà per colpa tua”. Un operatore sanitario ha detto ad una adolescente che stava partorendo: “non hai urlato quando il pene era dentro di te, perché strilli ora?”. Le donne appartenenti ad uno stato socioeconomico basso hanno riferito di essere state umiliate dagli operatori sanitari per la loro povertà, per l’incapacità di scrivere o leggere, per essere residenti in zone rurali o nelle periferie, per essere sporche o trasandate.<sup>36</sup> Le donne hanno anche descritto di essere state minacciate di non essere assistite o di violenza fisica o di ricevere scarse prestazioni degli operatori sanitari durante il parto, incluse le minacce di essere picchiate se non ubbidivano e di essere state rimproverate per esiti di salute negativi dei loro bambini o di loro stesse. Tali pratiche possono cagionare danni psichici e sofferenza e possono essere considerate violenza psicologica contro le donne.

---

<sup>35</sup> Rapporto della Relatrice Speciale sulla tortura e altri trattamenti o punizioni inumani e degradanti, A/HRC/31/57, para. 47.

<sup>36</sup> Informazione fornita dalle donne indigene dello Stato Guerrero, Messico, inclusi i commenti offensivi e la mancanza di comprensione della cultura tradizionale che prevede che le donne non si lavino prima del parto per mantenere in equilibrio la temperatura del corpo.

## Consenso informato

32. Il consenso informato per trattamenti medici nell'ambito dei servizi di salute riproduttiva e nel parto è un diritto umano fondamentale. Le donne hanno il diritto di ricevere informazioni complete circa i trattamenti raccomandati in modo da prendere decisioni informate e ben ponderate. La Federazione Internazionale di Ginecologia ed Ostetricia (FIGO) riconosce che l'implementazione del consenso informato è un obbligo persino se può risultare problematico oppure richiedere tempo.<sup>37</sup> La mancanza del consenso informato o il suo cattivo uso è stato riferito nei rapporti inviati da oltre 40 organizzazioni non governative. Un'organizzazione non governativa israeliana ha rilevato che il consenso della donna viene ottenuto per tutti gli interventi appena la donna entra in ospedale e le viene chiesto di firmare dei moduli. Tali moduli sono in realtà delle rinunce al consenso informato che assegnano il controllo nelle mani dell'equipe medica. Altri moduli, come quello per l'analgesia peridurale e per il taglio cesareo, vengono dati alla donna mentre è in travaglio, qualche volta persino durante le contrazioni, di modo che sia molto difficile per la donna comprendere le informazioni scritte sul modulo o fare domande di chiarimento. Da questo si evince che i modelli di consenso spesso sono usati come sostituti del vero processo di consenso informato.<sup>38</sup>

33. Un'organizzazione non governativa tedesca ha illustrato come in base alla legge del paziente in Germania il consenso informato sia necessario per qualsiasi tipo di cura e trattamento ma che la legge non viene rispettata. Nella realtà gli operatori sanitari non sono formati per gestire il consenso informato in base alla legge.<sup>39</sup>

34. Un'organizzazione non governativa svedese ha rappresentato che il concetto di cura centrata sulla donna è totalmente disatteso e che il consenso e la scelta informata ai trattamenti, disciplinati dalla legge svedese solo nel gennaio 2015, non sono stati ancora assimilati nella cultura medica paternalistica che pervade il mondo ostetrico. Trattamenti abitudinari negli ospedali, così come le iniezioni di ossitocina sintetica dopo il parto, gli esami del sangue del cordone o la somministrazione di vitamina K vengono effettuati su donne e bambini senza chiedere il consenso.<sup>40</sup>

---

<sup>37</sup> Federazione Internazionale di Ginecologia ed Ostetricia, *Ethical Issues in Obstetrics and Gynecology (Guidelines regarding informed consent*, p. 13), Londra, 2012.

<sup>38</sup> Rapporto di Sivan Lienhart Women Call for Birth ("Nashim Korot Laledet") alla Relatrice Speciale, disponibile al seguente link: <https://www.ohchr.org/EN/Issues/Women/SRWomen/Pages/Mistreatment.aspx>.

<sup>39</sup> Rapporto di Motherhood e.V. alla Relatrice Speciale, disponibile al seguente link:: <https://www.ohchr.org/Documents/Issues/Women/SR/ReproductiveHealthCare/Mother%20Hood%20e.V.pdf>.

<sup>40</sup> Rapporto di Födelsehuset alla Relatrice Speciale, disponibile al seguente link:: <https://www.ohchr.org/Documents/Issues/Women/SR/ReproductiveHealthCare/F%c3%b6delsehuset.pdf>.



35. Un'organizzazione non governativa degli Stati Uniti d'America ha riferito che in molti Stati è legale per i medici e gli studenti di medicina fare esami pelvici su donne che si trovano sotto anestesia per altri trattamenti e che non hanno bisogno di visite vaginali e che non hanno dato alcun consenso.<sup>41</sup>

36. Un'organizzazione non governativa francese ha indicato che “il principale problema alla base della violenza ostetrica, secondo il nostro parere, è la sistematica privazione del diritto delle donne all'autonomia una volta che entrano in contatto con una struttura sanitaria. Tale privazione può assumere molte forme che vanno dalle più ovvie, come la pratica di una operazione nonostante la mancanza di consenso della donna, ad alcune forme più insidiose, come l'applicazione dei cosiddetti “protocolli ospedalieri” o l'utilizzo dei moduli in bianco che le donne devono firmare e che consentono allo staff medico di fare quello che ritiene necessario senza chiedere ulteriori consensi.”<sup>42</sup>

37. In un recente caso nell'ambito dei trattamenti per la fertilità il Comitato per i diritti economici, sociali e culturali ha concluso che il trasferimento di un embrione nell'utero di una donna senza il suo consenso informato integra una violazione del diritto al più alto livello di salute raggiungibile.<sup>43</sup>

38. Il consenso informato è un processo continuo di comunicazione e interazione tra il paziente e l'operatore sanitario e la sola firma sul modulo non è indicazione del consenso informato.<sup>44</sup> I sanitari devono essere proattivi nel dare informazioni. Affinché il consenso sia valido deve essere volontario e pienamente informato. Il consenso del paziente è necessario a prescindere dalla procedura e il consenso può essere ritirato in qualsiasi momento, in un contesto di approccio centrato sul paziente. L'informazione deve essere fornita in modo e con un linguaggio comprensibile, accessibile ed appropriato alle necessità dell'individuo che deve fare la scelta. Il livello di istruzione, le disabilità fisiche o intellettuali e l'età dell'individuo devono essere considerati nel determinare la maniera in cui l'informazione viene fornita e le necessità individuali e le preferenze devono essere rispettate. Alle persone con

---

<sup>41</sup> Rapporto di Black Mamas Matter Alliance and the Center for Reproductive Rights alla Relatrice Speciale, disponibile al seguente link: <https://www.ohchr.org/Documents/Issues/Women/SR/ReproductiveHealthCare/Black%20Mamas%20Matter%20Alliance%20and%20the%20Center%20for%20Reproductive%20Rights.pdf>.

<sup>42</sup> Rapporto di Make Mothers Matter alla Relatrice Speciale disponibile al seguente link: <https://www.ohchr.org/EN/Issues/Women/SRWomen/Pages/Mistreatment.aspx>.

<sup>43</sup> Comitato sui Diritti Economici, Sociali e Culturali, S.C. and G.P. v. Italy, Comunicazione No. 22/2017, E/C.12/65/D/22/2017, paras. 10.3 and 11.2.

<sup>44</sup> Si veda il Comitato per l'eliminazione di ogni forma di discriminazione contro le donne, Views on Communication No. 4/2004, Ms. A.S. v. Hungary (CEDAW/C/HUN/CO/6); Si veda anche la Federazione Internazionale di Ginecologia ed Ostetricia, *Ethical Issues in Obstetrics and Gynecology* (Female contraceptive sterilization, p. 122), Londra, 2012.

disabilità deve essere dato tutto il supporto necessario affinché possano prendere le decisioni. Estrema cautela deve essere utilizzata, soprattutto nei casi di individui che hanno modi limitati per essere compresi, per assicurare che le decisioni prese con il processo di supporto non siano di fatto delle decisioni sostituite.<sup>45</sup>

#### **D. Cause all'origine del maltrattamento e della violenza contro le donne nei servizi di salute riproduttiva**

##### **Le condizioni e restrizioni del sistema sanitario come cause strutturali della violenza ostetrica**

39. Nel contesto dell'assistenza sanitaria alla salute materna e riproduttiva le condizioni e le restrizioni dei sistemi sanitari sono le cause all'origine del maltrattamento e della violenza contro le donne durante il parto. Le cattive condizioni di lavoro di molti professionisti sanitari e la storica sovra rappresentazione maschile nel campo ginecologico e ostetrico è in contrasto con l'obbligo degli Stati di assicurare la disponibilità e la qualità delle strutture materno-infantili, dei prodotti e dei servizi, di una formazione adeguata agli operatori e del bilanciamento dei generi tra i professionisti sanitari. Per rispettare tale obbligo gli Stati “devono stanziare il massimo delle risorse disponibili per la salute sessuale e riproduttiva” e devono adottare un approccio basato sui diritti umani per identificare le necessità finanziarie e le relative allocazioni.<sup>46</sup> Tuttavia, molti Stati non hanno dato priorità all'assistenza sanitaria dedicata alle donne nei loro bilanci. Il fallimento degli Stati nel dedicare adeguate risorse alle specifiche esigenze di salute delle donne è una violazione del diritto delle donne ad essere libere dalla discriminazione.<sup>47</sup> In aggiunta, molti Stati non riescono ad assicurare ai lavoratori sanitari un'adeguata formazione sull'etica

---

<sup>45</sup> Federazione Internazionale di Ginecologia ed Ostetricia, *Ethical Issues in Obstetrics and Gynecology* (Guidelines regarding informed consent, p. 13), Londra, 2012.

<sup>46</sup> Alto Commissariato per i diritti umani delle Nazioni Unite, *Technical guidance on the application of a human rights-based approach to the implementation of policies and programmes to reduce preventable maternal morbidity and mortality* (OHCHR), , A/HRC/21/22, A/HRC/21/22/Corr.1 and A/HRC/21/22/Corr.2, pp. 4–8.

<sup>47</sup> Si veda ad esempio il Comitato per l'eliminazione della discriminazione contro le donne, *Alyne da Silva Pimentel Teixeira v. Brazil*, Communication No. 17/2008, CEDAW/C/49/D/17/2008, para. 7.6; e Comitato per l'eliminazione della discriminazione contro le donne, Raccomandazione generale No. 24, Donne e salute (articolo 12 della Convenzione) (1999).

medica e sui diritti umani dei pazienti, incluso l'obbligo dei fornitori di assistenza di erogare un'assistenza rispettosa e non discriminatoria.<sup>48</sup>

40. Insieme alle risorse limitate, le condizioni lavorative all'interno delle strutture sanitarie possono giocare un ruolo nell'insorgere dei maltrattamenti e della violenza contro le donne durante il parto. Un'indagine globale delle ostetriche realizzata dall'OMS nel 2016 ha rivelato che "troppo spesso le ostetriche riferiscono che i loro sforzi sono limitati da relazioni di potere sbilanciate all'interno dei sistemi sanitari. Molte ostetriche fronteggiano l'isolamento culturale, sistemazioni insicure e salari bassi".<sup>49</sup> In aggiunta, i lavoratori sanitari hanno spiegato che: "i problemi dei sistemi sanitari - come la mancanza di personale, l'elevato afflusso di pazienti, i salari bassi, i lunghi turni, la mancanza di infrastrutture - [sono fattori rilevanti] che creano condizioni di lavoro stressanti che facilitano un comportamento poco professionale. La mancanza di supporto e di supervisione degli operatori sanitari è stato considerato un fattore che contribuisce al basso livello morale e alle attitudini negative dei fornitori di assistenza che, a turno, perpetuano il maltrattamento verso le donne".<sup>50</sup>

41. In aggiunta i sistemi sanitari devono rafforzare la loro risposta e l'assistenza alle donne che subiscono violenza dal partner o violenza sessuale, in linea con gli strumenti per i diritti umani sulla violenza di genere contro le donne e il manuale dell'OMS per gli amministratori delle strutture.<sup>51</sup>

### **Leggi e pratiche discriminatorie e stereotipi di genere dannosi**

42. Alcuni Stati hanno leggi o pratiche discriminatorie che includono il consenso del marito o di una terza parte per i trattamenti medici della donna. Ciò discrimina le donne e sostituisce le loro decisioni con quelle di un membro della famiglia o di una autorità istituzionale. Tali leggi contribuiscono al maltrattamento e alla violenza contro le donne nei servizi di salute riproduttiva.

43. Alcune donne fanno esperienza di forme di discriminazione multiple e interconnesse, con un ulteriore impatto negativo, inoltre la violenza di genere può

---

<sup>48</sup> Dichiarazione OMS "La prevenzione e l'eliminazione dell'abuso e della mancanza di rispetto durante l'assistenza al parto presso le strutture ospedaliere", WHO/RHR/14.23 (2015).

<sup>49</sup> OMS, Confederazione Internazionale delle Ostetriche, White Ribbon Alliance, dichiarazione congiunta, "WHO and partners call for better working conditions for midwives" (13 ottobre 2016) (<https://www.who.int/en/news-room/detail/13-10-2016-who-and-partners-call-for-better-working-conditions-for-midwives>).

<sup>50</sup> Bohren et al. (2015), pp. 14 and 20.

<sup>51</sup> OMS, *Responding to intimate partner violence and sexual violence against women; WHO clinical and policy guidelines*, Ginevra, 2013; e OMS, *Strengthening health systems to respond to women subjected to intimate violence or sexual violence: A manual for health managers*, Ginevra, 2017.

colpire alcune donne in modi e intensità diversi; in questi casi si rendono necessarie delle risposte legali appropriate.<sup>52</sup> Ad esempio, come conclude uno studio dall'India: "le donne povere delle zone rurali, che partoriscono negli ospedali pubblici ed hanno parti vaginali assistite da fornitori altri piuttosto che dai medici, sono maggiormente esposte al rischio [di subire maltrattamenti e abusi]. Sono queste stesse donne ad essere maggiormente a rischio di mortalità materna".<sup>53</sup> Lo studio conclude che le possibilità di subire maltrattamenti e abusi erano 3.6 volte più alte tra le donne con uno stato socioeconomico basso.<sup>53</sup>

44. La sterilizzazione forzata è un esempio di discriminazione interconnessa che spesso colpisce le donne che appartengono a minoranze o le donne indigene. Alcuni ospedali hanno adottato delle pratiche discriminatorie di segregazione delle donne all'interno delle strutture sulla base della razza o dell'etnia. Ad esempio, le donne Rom in Slovacchia sono collocate in "stanze per soli Rom" che sono spesso sovraffollate e l'ospedale può obbligare le donne a dormire in due in uno stesso letto o collocare il loro letto nel corridoio.<sup>54</sup>

45. Le donne e le ragazze con disabilità vivono la discriminazione sotto molti aspetti della loro identità, incluso il genere e la disabilità.<sup>55</sup> Molto spesso vengono percepite come asessuate o sessualmente inattive. La Relatrice Speciale per i diritti delle persone con disabilità ha rilevato che: "le ragazze e le giovani donne con disabilità vengono spesso pressate per porre fine alla gravidanza sulla base di stereotipi negativi circa le loro capacità genitoriali e sulla base di preoccupazioni eugenetiche sul mettere al mondo un figlio con disabilità."<sup>56</sup>

46. Stereotipi di genere nocivi nell'ambito della salute riproduttiva, la competenza decisionale delle donne, il ruolo naturale delle donne nella società e la maternità limitano l'autonomia delle donne e le loro azioni. Questi stereotipi emergono da radicate credenze religiose, sociali e culturali e da certe idee sulla sessualità, gravidanza e maternità.<sup>57</sup> Questi stereotipi nocivi sono ulteriormente giustificati dal convincimento che il parto sia un evento che richiede sofferenza da parte della donna.

---

<sup>52</sup> Comitato per l'eliminazione della discriminazione contro le donne, raccomandazione generale No. 28, paragrafo 12.

<sup>53</sup> T. Nawab, U. Erum, A. Amir, N. Khalique, M. A. Ansari, A. Chauhan, "Disrespect and abuse during facility-based childbirth and its sociodemographic determinants – A barrier to healthcare utilization in rural population", *Journal of Family Medicine and Primary Care*, vol. 8, 2019; pp. 239–245.

<sup>54</sup> Centro per i diritti riproduttivi, Vakeras Zorales – Speaking Out: Roma Women's Experiences in Reproductive Health Care in Slovakia (2017), p. 13 (<https://reproductiverights.org/sites/default/files/webform/GLP-SlovakiaRomaReport-Final-Print.pdf>).

<sup>55</sup> Si veda ad esempio il rapporto della Relatrice Speciale sui diritti delle persone con disabilità in relazione alla salute sessuale e riproduttiva e i diritti delle ragazze e giovani donne con disabilità, A/72/133, para. 21.

<sup>56</sup> *Ibid.*, para. 31.

<sup>57</sup> Rebecca J. Cook and Simone Cusack, *Gender Stereotyping: Transnational Legal Perspectives* (Philadelphia, University of Pennsylvania Press, 2010), p. 34

Alle donne viene detto di essere felici che il proprio bambino sia nato sano, mentre alla loro salute fisica ed emotiva non viene dato valore.

47. Il Comitato per i diritti umani ha riconosciuto in *Mellet v. Irlanda* che gli stereotipi di genere richiedono che “le donne debbano continuare la gravidanza senza riguardo ai loro bisogni e desideri, perché il loro ruolo primario è quello di essere madri e nutrici”.<sup>58</sup>

48. La Federazione Internazionale di Ginecologia ed Ostetricia (FIGO) ha sviluppato delle linee guida su “Stereotipi nocivi sulle donne nell’assistenza sanitaria” (2011) che evidenziano la natura e l’impatto lesivo degli stereotipi nell’erogazione della cura alle donne e offrono una guida specifica per gli operatori di tutto il mondo su come evitare gli stereotipi negativi nell’erogazione dell’assistenza sanitaria.<sup>59</sup>

### **Dinamiche di potere e l’abuso della dottrina della necessità medica**

49. Le dinamiche di potere nella relazione medico-paziente rappresentano un’altra causa all’origine del maltrattamento e della violenza, che sono ulteriormente aggravati dagli stereotipi sul ruolo delle donne. L’operatore sanitario ha il potere del sapere medico autorevole e il privilegio sociale dell’autorità medica, mentre la donna è ampiamente dipendente dal sanitario per la cura e per le informazioni. Una donna durante il parto è anche particolarmente vulnerabile. Sebbene i sanitari non sempre hanno l’intenzione di trattare male i propri pazienti, “l’autorità medica può favorire una cultura dell’impunità quando la violazione dei diritti umani non solo non trova un rimedio ma addirittura non viene neanche riconosciuta”.<sup>60</sup> Questo sbilanciamento di poteri è molto evidente nelle situazioni in cui i sanitari abusano della dottrina della necessità medica al fine di giustificare il maltrattamento e l’abuso nel parto.

---

<sup>58</sup> Comitato per i diritti umani, *Mellet v. Ireland*, Communication No. 2324/2013, CCPR/C/116/D/2324/2013, para. 3.19.

<sup>59</sup> Federazione Internazionale di Ginecologia ed Ostetricia, *Temi Etici in Ostetricia e Ginecologia (stereotipi nocivi delle donne nelle strutture sanitarie* p. 28), Londra, 2012

<sup>60</sup> Si veda Joanna N. Erdman, “Commentary: Bioethics, Human Rights and Childbirth”, *Health and Human Rights Journal*, 17/1, June 2015

## **E. Applicazione del quadro dei diritti umani internazionali e regionali al maltrattamento e alla violenza nei servizi di salute riproduttiva**

50. La violenza contro le donne come violazione dei diritti umani e come forma di discriminazione contro le donne è proibita dalla Convenzione per l'eliminazione di tutte le forme di discriminazione contro le donne, dalla Dichiarazione internazionale sull'eliminazione della violenza contro le donne, dalla Convenzione interamericana sulla prevenzione, punizione ed eradicazione della violenza contro le donne, dal Protocollo della Carta africana sui diritti umani e dei Popoli e sui diritti delle donne in Africa, dalla Convenzione del Consiglio d'Europa sulla prevenzione e la lotta contro la violenza nei confronti delle donne e la violenza domestica (Istanbul Convention), dal Programma di azione della Conferenza internazionale sulla popolazione e lo sviluppo e dalla Piattaforma d'azione della Quarta conferenza mondiale sulle donne.

51. In aggiunta a tali strumenti dei diritti umani, nel 2015 gli Stati Membri delle Nazioni Unite hanno adottato l'Agenda 2030 per lo Sviluppo Sostenibile nella quale si impegnano al raggiungimento degli obiettivi di salute e benessere per tutti, a tutte le età (obiettivo 3) e all'uguaglianza di genere e all'*empowerment* di tutte le donne e ragazze (obiettivo 5), nel porre fine a tutte le forme di discriminazione contro le donne e ragazze, ovunque (target 5.1), ad eliminare tutte le forme di violenza contro tutte le donne e ragazze nella sfera pubblica e privata (target 5.2),<sup>61</sup> assicurando così l'accesso all'assistenza alla maternità di qualità, garantendo alle donne e alle ragazze l'autonomia riproduttiva.

52. Nel 2015 diversi esperti dei diritti umani regionali e delle Nazioni Unite, inclusa la Relatrice Speciale, hanno pubblicato una dichiarazione congiunta sull'implementazione dell'Agenda 2030, chiamando gli Stati ad “affrontare gli atti di violenza ostetrica e la violenza istituzionale di cui soffrono le donne nelle strutture sanitarie” e “di prendere tutte le misure pratiche e legislative per prevenire, proibire e punire tali atti e garantire i risarcimenti”.<sup>62</sup>

---

<sup>61</sup> Risoluzione 70/1.

<sup>62</sup> Dichiarazione congiunta degli esperti delle Nazioni Unite in tema di diritti umani sull'Agenda 2030 sullo sviluppo sostenibile (Relatrice Speciale sul diritto di ciascuno al godimento del più elevato livello di salute fisica e mentale raggiungibile, Relatore Speciale sulla situazione dei Difensori dei diritti umani, Relatrice Speciale sulla violenza contro le donne le sue cause e le sue conseguenze e la Presidente del Gruppo di Lavoro sulla discriminazione contro le donne nella legge e nella pratica), esperti della Commissione africana sui diritti umani e delle persone (Relatrice Speciale sui Difensori dei diritti umani e Centro per le rappresaglie in Africa e la Relatrice Speciale sui diritti delle donne in Africa) e gli esperti della Commissione interamericana sui diritti umani (Rapporto sui diritti delle donne) (<https://www.ohchr.org/EN/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=16490&LangID=E>).

## **Il diritto delle donne al più elevato livello di salute mentale e fisica raggiungibile**

53. Il diritto alla salute è sancito nella Costituzione dell'OMS, nella Dichiarazione universale dei diritti umani e in altri strumenti dei diritti umani, in particolare la Piattaforma d'azione di Pechino che ha stabilito che i diritti delle donne includono il diritto "alla salute sessuale e riproduttiva, libera da coercizione, discriminazione e violenza".<sup>63</sup>

54. Inoltre, la Dichiarazione sull'eliminazione della violenza contro le donne e la Convenzione per l'eliminazione di tutte le forme di discriminazione contro le donne, unitamente alla raccomandazione generale n. 19 e n. 35 del Comitato per l'eliminazione della discriminazione contro le donne, sanciscono il diritto delle donne al più elevato livello di salute fisica e mentale raggiungibile. L'articolo 12 della Convenzione raccomanda che gli Stati assicurino alle donne "servizi appropriati in relazione alla gravidanza, al parto e al puerperio, garantendo servizi gratuiti dove necessari", mentre nella raccomandazione generale n. 24 il Comitato riconosce che alcune procedure mediche sono necessarie solo per le donne e "richiede che tutti i servizi sanitari siano in linea con i diritti umani delle donne, incluso il diritto all'autonomia, alla *privacy*, alla riservatezza, al consenso informato e alla scelta."<sup>64</sup>

55. Gli organismi internazionali dei diritti umani e gli esperti indipendenti o le procedure speciali del Consiglio per i diritti umani hanno puntato l'attenzione su un numero significativo di violazioni dei diritti umani delle donne nei servizi di salute riproduttiva e hanno analizzato la tipologia degli abusi che le donne subiscono durante il parto, incluso il contesto in cui si verificano, ed hanno riscontrato violazioni al diritto alla salute, alla vita, alla *privacy*, alla libertà dalla discriminazione, alla libertà dai trattamenti inumani e degradanti e il diritto a rimedi effettivi.

56. Per la prima volta, nel caso di *Alyne da Silva Pimentel Teixeira v. Brasile*, il Comitato per l'eliminazione della discriminazione contro le donne ha ritenuto un Governo responsabile di una morte materna prevenibile. Il caso riguardava una donna di origini afro-brasiliane deceduta a causa di complicazioni ostetriche dopo che le era stata negata una assistenza appropriata sia in strutture private che pubbliche. Il Comitato ha riconosciuto che queste violazioni hanno raggiunto dei fattori di negligenza a livello di sistema, che comprende un'implementazione inefficiente delle

---

<sup>63</sup> Rapporto della Quarta Conferenza Mondiale sulle donne, Pechino, 4-15 settembre 1995 (pubblicazione delle Nazioni Unite, Sales No. E.96.IV.13), capitolo I, risoluzione 1, allegato II.6.

<sup>64</sup> Comitato per l'eliminazione della discriminazione contro le donne, raccomandazione generale No. 24, donne e salute (articolo 12) (1999), para. 31(e).

politiche dello Stato e risorse inadeguate, e ha sottolineato che il fallimento “nel garantire le specifiche e particolari esigenze di salute e l’interesse della donna non solo costituisce una violazione dell’articolo 12, paragrafo 2 della Convenzione ma discrimina contro le donne anche in base all’articolo 12 paragrafo 1 e in base all’articolo 2 della Convenzione”.<sup>65</sup>

57. In una comunicazione riguardante casi di violenza contro le donne durante il parto e altri servizi di salute riproduttiva in Croazia, la Relatrice Speciale sulla violenza contro le donne, insieme alla Relatrice Speciale sul diritto di ciascuno al più elevato livello di salute fisica e mentale raggiungibile e congiuntamente al Gruppo di lavoro sul tema della discriminazione contro le donne nella legge e nella pratica ha invitato il Governo “a condurre un’indagine indipendente sui casi delle denunciati, a pubblicare i risultati e ad elaborare un piano nazionale per la salute delle donne” al fine di individuare la responsabilità per gli abusi subiti dalle donne.<sup>66</sup>

58. In una inchiesta contro il Regno Unito di Gran Bretagna e Irlanda del Nord il Comitato per l’eliminazione della discriminazione contro le donne ha chiarito che una legge penale che “costringe le donne, in casi di gravi malformazioni fetali, incluse le malformazioni fetali mortali, e le vittime di stupri o di incesto a portare le gravidanze a termine, sottoponendo le donne a gravi angosce fisiche e mentali” costituisce una violenza di genere contro le donne.<sup>67</sup> Inoltre, l’inchiesta ha ritenuto che le limitazioni all’esercizio del diritto alla libera scelta riproduttiva, che colpiscono unicamente le donne, hanno come effetto di costringere le donne a portare a termine ogni gravidanza, includono sofferenza mentale o fisica, costituiscono violenza contro le donne e potenzialmente implicano tortura o trattamenti inumani e degradanti, in violazione dell’articolo 2 e 5, in combinato disposto con l’articolo 1 della Convenzione per l’eliminazione di tutte le forme di discriminazione contro le donne.

59. Nel caso *L.C v. Perù*, il Comitato per l’eliminazione della discriminazione contro le donne ha stabilito che il Perù deve modificare le proprie leggi per consentire alle donne di accedere all’interruzione di gravidanza in casi di stupro e violenza sessuale, istituire un meccanismo che assicuri la disponibilità dei servizi per l’interruzione di gravidanza e ne garantisca l’accesso quando la vita e la salute della donna sono in

---

<sup>65</sup> Comitato per l’eliminazione della discriminazione contro le donne, *Alyne da Silva Pimentel Teixeira v. Brazil*, Comunicazione No. 17/2008, CEDAW/C/49/D/17/2008, para. 7.6.

<sup>66</sup> Si veda: <https://www.ohchr.org/en/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=24198&LangID=E>. La Relatrice Speciale precedente ha espresso, nel rapporto del 2013, la sua preoccupazione sull’ammanettamento delle donne detenute in gravidanza nel travaglio e parto, A/68/340, para. 5.

<sup>67</sup> Comitato per l’eliminazione della discriminazione contro le donne, inchiesta relativa al Regno Unito di Gran Bretagna e Irlanda del Nord in base all’articolo 8 del Protocollo aggiuntivo alla Convenzione per l’eliminazione di ogni forma di discriminazione contro le donne, CEDAW/C/OP.8/GBR/1, para. 83 (a).



pericolo - circostanze per le quali attualmente l'interruzione di gravidanza è legale nel Paese.<sup>68</sup> Un decisione analoga è stata adottata dal Comitato per i diritti umani nel caso di *K. L. v. Perù*.<sup>69</sup> Le conclusioni del Comitato sono state riaffermate quasi 15 anni dopo nel caso *Mellet v. Irlanda*.<sup>58</sup>

60. Nel 2018 la Relatrice Speciale ha pubblicato una dichiarazione congiunta con il Comitato di esperti del meccanismo di follow-up della Convenzione Belém Do Pará, sollecitando il Governo del Salvador a rilasciare Imelda Cortez, una donna detenuta in carcere pendente un processo penale per una emergenza ostetrica. Nella dichiarazione entrambe le parti esprimevano profonda preoccupazione per la donna reclusa per avere chiesto di accedere ai servizi di emergenza ostetrica a causa di un aborto spontaneo e che non aveva ricevuto assistenza a causa della normativa vigente che criminalizza l'interruzione di gravidanza e vieta ai medici di dare assistenza.<sup>70</sup>

61. Il Comitato per l'eliminazione della discriminazione contro le donne ha ritenuto che negare alle donne l'accesso alle moderne forme di contraccezione costituisce una discriminazione contro le donne, viola il loro diritto all'assistenza sanitaria, all'informazione, il diritto a decidere il numero di figli e gli intervalli tra un figlio e l'altro e reitera stereotipi di genere nocivi che impediscono l'uguaglianza nel settore della salute.<sup>71</sup>

62. Anche gli organismi regionali per i diritti umani hanno affrontato il tema del maltrattamento durante il parto. La Corte europea dei diritti umani ha riscontrato violazioni al diritto alla vita privata e al diritto ad essere libera dalla tortura o dai trattamenti inumani e degradanti in occasione del parto.<sup>72</sup> Questi includono casi di sterilizzazione forzata durante il parto,<sup>73</sup> l'allontanamento del neonato dalla madre senza consenso o senza giustificazione medica<sup>74</sup> e interventi medici su donne in gravidanza senza consenso informato da loro esplicitato.<sup>75</sup>

---

<sup>68</sup> Comitato per l'eliminazione della discriminazione contro le donne, *L.C. v. Peru*, Communication No. 22/2009, CEDAW/C/50/D/22/2009.

<sup>69</sup> *K.L. v. Peru*, Communication No. 1153/2003, CCPR/C/85/D/1153/2003 (2005).

<sup>70</sup> [https://www.ohchr.org/Documents/Issues/Women/SR/StatementMESECVI\\_EN.pdf](https://www.ohchr.org/Documents/Issues/Women/SR/StatementMESECVI_EN.pdf).

<sup>71</sup> Comitato per l'eliminazione della discriminazione contro le donne, *Summary of the inquiry concerning the Philippines under Article 8 of the Optional Protocol to the Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women*, UN Doc. CEDAW/C/OP.8/PHL/1 (2015), (negazione di accesso alla contraccezione in Manila).

<sup>72</sup> *Konovalova v. Russia*, No. 37873/04, Corte Europea dei diritti umani (2014).

<sup>73</sup> *V.C. v. Slovakia*, No. 18968/07, Corte Europea dei diritti umani, (2012); *N.B. v. Slovakia*, No. 29518/10, Corte Europea dei diritti umani (2012); *I.G. and Others v Slovakia*, Application no. 15966/04, Corte Europea dei diritti umani (2012).

<sup>74</sup> *Hanzelkovi v Czech Republic*, No. 43643/10, Corte Europea dei diritti umani (2015).

<sup>75</sup> *Csoma v Romania*, No. 8759/05, Corte Europea dei diritti umani (2013).

63. La Corte europea dei diritti umani ha specificamente affrontato il diritto delle donne alla *privacy* durante il parto nel caso di *Konovalova v. Russia*. Durante il suo parto, nonostante la Sig.ra Konovalova non fosse d'accordo, un gruppo di studenti di medicina osservava il parto e i relativi interventi nella sala travaglio, inclusa l'episiotomia, e riceveva informazioni sulla sua salute e sui trattamenti medici. Le leggi nazionali russe stabilivano che gli studenti di medicina potevano assistere alle procedure mediche sotto supervisione ma non contenevano alcuna disposizione circa il preventivo consenso informato del paziente. La Corte europea dei diritti umani ha ritenuto sussistente la violazione dell'art 8 che sancisce che "ogni persona ha diritto al rispetto della propria vita privata e familiare" e che "non può esservi ingerenza di una autorità pubblica nell'esercizio di tale diritto a meno che tale ingerenza sia prevista dalla legge e sia necessaria in una società democratica".

64. La Corte europea dei diritti umani nel 2010, nel caso *Ternovsky v. Ungheria*, ha riconosciuto la mancanza in Ungheria di una regolamentazione completa ed effettiva del parto a domicilio, il che esponeva i professionisti sanitari che assistevano i parti in casa al rischio di denunce, e costituiva una violazione al diritto alla vita privata perché di fatto negava alla ricorrente la possibilità di partorire a domicilio. Sul presupposto che "la donna ha diritto ad un contesto legale ed istituzionale che le consenta di effettuare libere scelte", la Corte ha concluso che la mancanza di certezza legale e la minaccia di denunce per i professionisti sanitari hanno ridotto la possibilità di scelta della ricorrente in relazione al parto in casa",<sup>76</sup> integrando un violazione alla sua vita privata come protetta dall'articolo 8 della Convenzione europea.

65. Invece, nel caso *Dubská and Kržová v. Repubblica Ceca*,<sup>77</sup> la Corte ha ritenuto che la legislazione ceca, la quale vietava alle ostetriche di assistere i parti in casa, non interferiva con il diritto della donna alla vita privata in base all'articolo 8 della Convenzione. Analogamente, nel caso *Pojatina v. Croazia*<sup>78</sup> la Corte ha ritenuto che il divieto dei parti a domicilio da parte della legge croata non violava l'articolo 8.

66. La Corte interamericana dei diritti umani ha riscontrato la violazione del diritto all'integrità fisica, alla libertà personale, alla vita privata e familiare, all'accesso all'informazione, ad essere liberi dai trattamenti crudeli, inumani e degradanti in un caso relativo alla sterilizzazione non acconsentita di una donna in un ospedale

---

<sup>76</sup> *Ternovszky v. Hungary*, No. 67545/09, Corte Europea dei diritti umani (2011), para. 26;

<sup>77</sup> *Dubská and Kržová v. the Czech Republic*, Application Nos. 28859/11 and 28473/12, Corte Europea dei diritti umani (2016)

<sup>78</sup> *Pojatina v Croatia*, Application No., 18558/12, Corte Europea dei diritti umani (2018).

pubblico nello Stato Plurinazionale della Bolivia durante un taglio cesareo.<sup>79</sup> Inoltre, la Commissione interamericana ha pubblicato una Dichiarazione che sollecita “gli Stati a documentare, indagare e punire le emergenti forme di violenza contro le donne, ragazze e adolescenti”, inclusa la violenza ostetrica.<sup>80</sup>

67. La Commissione africana sui diritti umani e i suoi diritti dei Popoli ha pubblicato una risoluzione sulla sterilizzazione non volontaria e sulla protezione dei diritti umani nell’accesso ai servizi per la cura dell’HIV.<sup>81</sup>

68. In un numero significativo di casi di diritti umani che affrontano la violenza sulle donne e la discriminazione delle donne nei servizi di salute riproduttiva, così come nelle raccomandazioni da parte degli organismi per i diritti umani e le procedure speciali gli standard dei diritti umani che gli Stati devono seguire sono stati già identificati. Molte delle raccomandazioni sono applicabili ad altri casi simili di maltrattamento e violenza ostetrica e dovrebbero essere utilizzati da tutti gli Stati per la prevenzione della violenza di genere contro le donne e per la protezione del diritto delle donne al più elevato livello di salute mentale, fisica e riproduttiva raggiungibile.

## **F. Azioni intraprese a livello nazionale per affrontare il maltrattamento e la violenza contro le donne durante l’assistenza al parto presso le strutture ospedaliere**

69. Alcuni Governi hanno introdotto leggi ed altre iniziative per affrontare il maltrattamento e la violenza contro le donne durante il parto, inclusa la formazione agli operatori sanitari. Negli ultimi anni molti Stati hanno approvato leggi o adottato politiche e buone pratiche che consentono espressamente alla donna di essere accompagnata da una persona di sua scelta durante il parto ed hanno sviluppato una più ampia legislazione che incoraggia l’“umanizzazione” del parto. Tuttavia, sebbene

---

<sup>79</sup> *I.V. v. Bolivia*, Preliminary Objections, Merits, Reparations and Costs, Judgment, Inter-American Court of Human Rights (ser. C) No. 329 (2016).

<sup>80</sup> Commissione Inter-americana sui diritti umani, comunicato stampa, *Sulla giornata internazionale della donna, IACHR sollecita gli Stati ad astenersi dall’adozione di misure che farebbero regredire il rispetto e la protezione dei diritti umani delle donne* (8 March 2018) ([http://www.oas.org/en/iachr/media\\_center/PReleases/2018/044.asp](http://www.oas.org/en/iachr/media_center/PReleases/2018/044.asp)).

<sup>81</sup> Commissione africana sui diritti umani e dei Popoli, risoluzione sulla sterilizzazione non volontaria e la protezione dei diritti umani nei servizi di cura dell’HIV (2013) (<http://www.achpr.org/sessions/54th/resolutions/260/>).

tali leggi siano in vigore, le donne riferiscono di ricevere rifiuti netti alle loro richieste di avere presente una persona di loro scelta nella sala parto.<sup>82</sup>

70. Un'ampia legislazione sull'umanizzazione del parto è stata adottata anche in Argentina e in Brasile. La legge argentina “afferma esplicitamente i diritti delle donne e dei neonati, degli accompagnatori alla nascita e delle famiglie.”<sup>83</sup>

71. Nel 2015 il Servizio Sanitario Nazionale del Regno Unito ha commissionato un'indagine conoscitiva sui servizi alla maternità, in parte come risposta ad una “inchiesta su gravi negligenze nei servizi alla maternità”, l'indagine ha fornito insegnamenti chiave per il miglioramento a beneficio dei servizi alla maternità nel loro complesso.<sup>84</sup> L'indagine conoscitiva comprende i risultati e le raccomandazioni per vari attori volti a migliorare la qualità dei servizi, in particolare la creazione di “processi standardizzati al livello nazionale per indagini da effettuare nei casi di esiti infausti”, sviluppando indicatori e parametri di riferimento per migliorare la qualità dei servizi alla maternità.<sup>85</sup>

72. In alcuni Paesi dell'America Latina, “gruppi e reti di donne, femministe, organizzazioni professionali, organismi regionali e internazionali, agenti per la salute pubblica e ricercatori” hanno creato un movimento intorno alla “violenza ostetrica” per migliorare la qualità di assistenza che le donne ricevono durante la gravidanza, il parto e nel puerperio. Questo nuovo movimento “colloca specificamente la ‘violenza ostetrica’ tra la violenza di genere contro le donne e la *malpractice* clinica, e intreccia elementi di trattamento rispettoso e assistenza di qualità. Argentina (2009), Messico (2014), Panama (2013), Suriname (2014) e Venezuela (Repubblica Bolivariana di) (2007) hanno introdotto leggi che criminalizzano la violenza ostetrica.<sup>83</sup>

73. Lo Stato Plurinazionale della Bolivia ha approvato una legge sulla violenza nelle strutture sanitarie, con “particolare riferimento alle donne in gravidanza e nel parto. Inoltre, la legge introduce un nuovo termine, ‘violenza contro i diritti riproduttivi’ che va oltre la definizione di violenza ostetrica fornita dall'Argentina e dalla

---

<sup>82</sup> Janka Debrecéniová, ed., *Women –Mothers – Bodies: Women’s Human Rights in Obstetric Care in Healthcare Facilities in Slovakia*, Citizen, Democracy and Accountability (2015); see also Tamar Kabakian-Khasholian, et al. “Implementation of a labour companionship model in three public hospitals in Arab middle-income countries”, *Acta Paediatrica*, 20 December 2018 (<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/apa.14540>); see also Bohren et al. (2015).

<sup>83</sup> Si veda C.R. Williams, C. Jerez, K. Klein, M. Correa, J. M. Belizán, G. Cormick, “*Obstetric violence: a Latin American legal response to mistreatment during childbirth*”, *BJOG, An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 2018.

<sup>84</sup> National Maternity Review, *Better Births: Improving outcomes of maternity services in England, A Five Year Forward View for maternity care* (2016), p. 31.

<sup>85</sup> *Ibid.*, pp. 10–11.

Repubblica Boliviana del Venezuela, per includere l'interruzione di gravidanza e l'allattamento".<sup>83</sup>

74. Sebbene alcuni dei sopra menzionati Paesi abbiano adottato leggi progressiste sulla violenza ostetrica, l'accesso all'interruzione di gravidanza sicura e ad altri servizi di salute riproduttiva resta una sfida e il progresso nell'assistenza alla maternità non è necessariamente stato accompagnato dal progresso in altre aree dei diritti sessuali e riproduttivi delle donne.

#### **IV. Conclusioni e raccomandazioni per gli Stati ed altri soggetti interessati (*stakeholder*)**

**75. Gli Stati hanno l'obbligo di rispettare, tutelare e soddisfare i diritti umani delle donne, incluso il diritto al più elevato livello di salute fisica e mentale raggiungibile durante i servizi riproduttivi e durante il parto, che devono essere liberi dal maltrattamento e dalla violenza di genere, di adottare leggi e politiche idonee per contrastare e prevenire tali violenze, di perseguire i colpevoli e di erogare risarcimenti alle vittime.**

**76. I diritti umani delle donne includono il diritto a ricevere una cura dignitosa e rispettosa nei servizi di salute riproduttiva e nell'assistenza ostetrica, che deve essere libera dalla discriminazione e da ogni violenza, inclusi il sessismo, la violenza psicologica, la tortura, i trattamenti inumani e degradanti e la coercizione. Nel contesto dell'assistenza riproduttiva e alla nascita, i sistemi sanitari devono essere adeguatamente finanziati per fornire un'assistenza sanitaria riproduttiva e assistenza alla maternità accessibili e di qualità, in modo da assicurare che i bisogni e gli interessi di salute riproduttiva delle donne vengano soddisfatti durante il parto, durante gli esami ginecologici, nei trattamenti di fertilità, nell'interruzione di gravidanza, nella contraccezione e in altri contesti di salute sessuale e riproduttiva.**

**77. Gli Stati dovrebbero affrontare l'attuale problema del maltrattamento e della violenza contro le donne nei servizi di salute riproduttiva e nel parto nel quadro di tutela dei diritti umani, ed usare questa prospettiva per condurre indagini indipendenti sulle denunce delle donne riguardanti il maltrattamento e la violenza di genere subite nelle strutture sanitarie che includano sia le cause sistemiche e strutturali, sia gli stereotipi sul ruolo delle donne nella società: i**

risultati e le raccomandazioni derivanti dovrebbero essere pubblicati ed utilizzati per rivedere le leggi, le politiche, i piani e le azioni nazionali relativi alla salute riproduttiva.

**78. Gli Stati dovrebbero istituire una cooperazione costruttiva tra istituzioni sanitarie e associazioni dei professionisti e le organizzazioni non governative di donne, movimenti di donne, istituzioni indipendenti dedicate ai diritti umani che si occupano del tema della riproduzione e dell'assistenza ostetrica.**

**79. Gli Stati dovrebbero anche elaborare delle strategie nazionali sui servizi di salute riproduttiva e sulla nascita al fine di assicurare trattamenti rispettosi, attenti e gentili basati sul rispetto dei diritti umani nel contesto del parto e degli altri servizi riproduttivi, in linea con gli standard internazionali dei diritti umani, incluso il rispetto per la *privacy* e per la riservatezza.**

**80. Gli Stati dovrebbero affrontare: (a) i problemi strutturali e i fattori sottostanti al sistema della salute riproduttiva che riflettono strutture socioeconomiche discriminatorie radicate nelle società; (b) la mancanza di adeguata preparazione e formazione di tutti i professionisti sanitari sul tema dei diritti umani delle donne; (c) la mancanza di personale qualificato e il conseguente sovraccarico lavorativo all'interno delle strutture sanitarie; e (d) le restrizioni economiche. Gli Stati dovrebbero assegnare adeguati finanziamenti, personale ed attrezzatura per i reparti di maternità, in linea con le leggi internazionali dei diritti umani, che richiedono agli Stati di allocare il massimo delle risorse disponibili per la salute sessuale e riproduttiva, inclusa la salute materna e il parto.**

### **Consenso informato**

**81. Per contrastare e prevenire i maltrattamenti e la violenza contro le donne, gli Stati dovrebbero:**

**(a) Assicurare un'applicazione adeguata ed effettiva del consenso informato, in linea con gli standard dei diritti umani;**

**(b) Adottare leggi e politiche sanitarie effettive per l'applicazione del consenso informato in tutti i servizi di salute riproduttiva e garantire un consenso preventivo, libero e informato per il taglio cesareo, per l'episiotomia e per altri trattamenti invasivi durante il parto;**

**(c) Rispettare l'autonomia, l'integrità e la capacità delle donne di prendere decisioni informate in relazione alla propria salute riproduttiva;**

#### **Prevenzione della violenza ostetrica**

**(d) Garantire nella legge e nella pratica il diritto delle donne ad avere una persona di propria scelta durante il parto;**

**(e) Considerare la possibilità di consentire il parto in casa ed evitare la criminalizzazione del parto a domicilio;**

**(f) Monitorare le strutture sanitarie e raccogliere e pubblicare i dati sulle percentuali di tagli cesarei, di parti vaginali, di episiotomie e di altri trattamenti relativi al parto, all'assistenza ostetrica e ai servizi di salute riproduttiva, su base annuale;**

**(g) Applicare gli strumenti dei diritti umani e gli standard dell'OMS relativi all'assistenza rispettosa alla maternità, durante il parto e nella violenza contro la donne;**

**(h) Affrontare la mancanza dell'anestesia e del sollievo dal dolore, la mancanza della scelta della posizione del parto e la mancanza dell'assistenza rispettosa;**

#### **Responsabilità**

**(i) Istituire delle procedure di *accountability* basate sui diritti umani per assicurare le compensazioni per le vittime di maltrattamento e violenza, incluso il risarcimento economico, il riconoscimento di avere agito male, le scuse formali e la garanzia di non ripetere più tali comportamenti;**

**(j) Assicurare la responsabilità dei professionisti e le sanzioni da parte delle associazioni/ordini professionali in caso di maltrattamento e l'accesso alla giustizia in casi di violazione dei diritti umani;**

**(k) Garantire valide e corrette istruttorie delle denunce di maltrattamento e violenza contro le donne durante il parto;**

**(l) Assicurare che le donne vittime delle violazioni abbiano a disposizione rimedi adeguati, che possano assumere la forma della restituzione, risarcimento economico, soddisfazione o la garanzia di non ripetizione del comportamento;**

**(m) Assicurare che gli organi legiferanti, incluse le istituzioni nazionali per i diritti umani, i comitati etici, i Garanti (*ombudsperson*) e gli enti per le pari opportunità abbiano i mandati e le risorse per esercitare un controllo sulle strutture adibite al parto, sia pubbliche sia private, per garantire il rispetto dell'autonomia e della *privacy* delle donne;**

**(n) Aumentare la consapevolezza tra gli avvocati, i giudici e il pubblico circa i diritti umani delle donne nel contesto del parto per assicurare il ricorso efficace dei rimedi;**

### **Leggi discriminatorie e stereotipi di genere nocivi**

**(o) Rivedere e rafforzare le leggi che vietano tutte le forme di maltrattamento e violenza contro le donne, inclusa la violenza psicologica, durante la gravidanza e il parto e altri servizi di salute riproduttiva, in linea con gli strumenti dei diritti umani delle donne;**

**(p) Abolire ogni autorizzazione obbligatoria del marito, di un parente o autorità simile in relazione ai servizi di salute riproduttiva che riguardano le donne;**

**(q) Abrogare le leggi che criminalizzano l'interruzione di gravidanza in tutte le circostanze, rimuovere le misure punitive per le donne che effettuano l'interruzione di gravidanza, come minimo legalizzare l'interruzione di gravidanza in casi di violenza sessuale, stupro, incesto e nei casi in cui la prosecuzione della gravidanza metta in pericolo la salute fisica e mentale o la vita della donna e fornire accesso all'assistenza sicura e di qualità nel periodo successivo all'interruzione di gravidanza;**

**(r) Rimuovere le accuse penali e liberare le donne che abbiano richiesto l'accesso all'assistenza ostetrica di emergenza, incluso nei casi di aborto spontaneo, e rimuovere le misure punitive contro i medici al fine di consentire loro di fornire l'assistenza necessaria;**

**(s) Proibire ed affrontare le pratiche di sterilizzazione forzata, in particolare per donne che appartengono alle minoranze e per donne indigene, migliorare la tutela contro tali violazioni dei diritti umani e fornire risarcimenti e indennizzi congrui alle vittime;**

**(t) Affrontare le forme di discriminazione interconnesse ricomprese negli stereotipi subiti dai sottogruppi di persone.**



## **Organizzazioni internazionali**

**In linea con le dichiarazioni dell’OMS e attraverso l’applicazione degli standard basati sui diritti umani, l’OMS, l’Alto Commissariato per i diritti umani delle Nazioni Unite, l’Ente delle Nazioni Unite per l’uguaglianza di genere e l’*empowerment* delle donne (UN Women), UNFPA e le organizzazioni regionali dovrebbero rafforzare il loro ruolo nel contrastare e prevenire il maltrattamento e la violenza durante i servizi di salute riproduttiva e nella nascita. A tale fine dovrebbero aumentare la cooperazione tra di loro e con i meccanismi indipendenti per i diritti delle donne, come il Comitato per l’eliminazione della discriminazione contro le donne, la Relatrice Speciale del Consiglio dei diritti umani sulla violenza contro le donne, le sue cause e conseguenze, il Meccanismo di follow-up della Convenzione di Belém do Pará, il Gruppo di esperti sull’Azione contro la violenza contro le donne e la violenza domestica del Consiglio d’Europa, la Relatrice Speciale sui diritti delle donne in Africa della Commissione africana sui diritti umani e dei Popoli, la Relatrice della Commissione interamericana sui diritti umani e sui diritti delle donne, così come con gli Stati, con le organizzazioni non governative e con le istituzioni indipendenti con la finalità di prevenire tale violenza e sancire il diritto umano delle donne al più elevato livello di salute fisica, mentale e riproduttiva raggiungibile.**